

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1914-1915. — N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES INDICATIONS
ET DES CONTRE-INDICATIONS
DU
MASSAGE EN GYNÉCOLOGIE

THÈSE

PRÉSENTER

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Avril 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexandre GUIRAMAND

Né le 7 Novembre 1875, à Avignon (Vaucluse).

Ancien externe des Hôpitaux.



GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE, SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE

A. MALOINE

PARIS

45-27, Rue de l'École-de-Médecine

LYON

Rue de la Charité, 6

Avril 1915



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1914-1915. — N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES INDICATIONS
ET DES CONTRE-INDICATIONS
DU
MASSAGE EN GYNÉCOLOGIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Avril 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexandre GUIRAMAND

Né le 7 Novembre 1875, à Avignon (Vaucluse).

Ancien externe des Hôpitaux.



GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE, SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE

A. MALOINE

PARIS

25-27, Rue de l'Ecole-de-Médecine

LYON

Rue de la Charité, 6

Avril 1915

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants	{	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale	{	LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie	{	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie	{	MOREAU
Physiologie.		GUIART
Pathologie interne.	{	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		RENAUT
Anatomie pathologique.	{	MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée	{	LESIEUR
Médecine légale.		PAVIOT
Hygiène :	{	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie	{	ETIENNE MARTIN
		COURMONT (J.)
	{	PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BPETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. A. POLLOSSON, *Président*; CONDAMIN, *Assesseur*;
MM. VILLARD et COMMANDEUR, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Je dédie ce modeste travail :

A MA GRAND'MÈRE

*Comme un faible témoignage de ma
vénération pour elle et de ma recon-
naissance infinie.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Comme gage de ma tendre affection.

A MA TANTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux.

*Comme un hommage rendu à cet
excellent maître.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine.

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MES AMIS

PRÉFACE

Je ne me rappelle pas sans émotion ce petit coin de la Charité où je fis mon premier stage d'externat : je veux parler du service de Gynécologie. Je revois par la pensée la haute stature du regretté professeur LAROYENNE : c'est dans cette petite salle de consultations que, sous la direction paternelle de ce maître vénéré et avec l'aide de MM. les D^{rs} CONDAMIN et REPELIN, je fus initié à cette science si complexe, mais combien attrayante, qui s'appelle la gynécologie. C'est là que mon ami le D^r QUINCIEU me dévoila les mystères de la kinésithérapie : c'est à un travail commun et à une collaboration qui dura plusieurs années avec ce véritable apôtre d'une méthode nouvelle pour l'époque, que je suis redevable de mon orientation dans cette branche de la thérapeutique des maladies des femmes. Présenté par lui à M. le D^r ALBERTIN, celui-ci me confia son service annexe de Massage, honneur dont je sens tout le prix. Aussi, ai-je contracté vis-à-vis de M. le D^r ALBERTIN une dette particulière de reconnaissance. Il n'a cessé de me prodiguer les conseils et les encouragements, et m'a toujours donné les marques de la plus grande bienveillance. J'ai tou-

jours trouvé auprès de lui un sûr appui : il a été pour moi autant un ami qu'un maître aimé. Qu'il en soit ici respectueusement remercié et qu'il veuille bien ne point douter de mon attachement dévoué.

Je me fais un devoir bien doux d'adresser à mes maîtres dans les hôpitaux, dont j'ai été successivement l'élève, l'expression de ma vive gratitude pour l'enseignement précieux et les conseils bienveillants qu'ils m'ont toujours prodigués :

M. le D^r VALLAS, professeur agrégé à la Faculté ;

M. le D^r LECLERC, médecin des hôpitaux ;

M. le D^r AUGAGNEUR, ancien professeur de Clinique des maladies vénériennes à la Faculté ;

M. le professeur PIC, médecin des hôpitaux ;

M. le professeur LESIEUR, médecin des hôpitaux ;

M. le D^r ROCHET, chirurgien des hôpitaux ;

M. le professeur MOREL, dont je n'aurai garde d'oublier les nombreuses marques d'amitié qu'il m'a témoignées en maintes circonstances ;

M. le D^r VORON, accoucheur des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, qui, avec une extrême obligeance, m'a ouvert toutes grandes les portes de son service à l'Hôtel-Dieu ;

M. le D^r DESGOUTTES, chirurgien des hôpitaux, dont l'appui me fut précieux ;

M. le D^r COLLET, professeur à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux, qui m'a toujours réservé un accueil bienveillant.

Je prie tous les amis, dont le concours dévoué me fut si souvent un réconfort, d'accepter l'expression de toute ma sympathie.

Que M. et M^{me} IMBERT, ces amis si fidèles dans la bonne comme dans la mauvaise fortune, soient assurés de ma vive gratitude.

Un mot en terminant. L'on pourrait s'étonner à bon droit de ne point trouver d'observations dans ce travail. Il faut expliquer cette lacune. Les observations que j'aurais pu recueillir ne pouvaient, en aucune façon, illustrer le texte. Ce n'est, en effet, qu'à la longue, après avoir traité beaucoup de malades pour des affections fréquentes, mais souvent banales, qui sont, en quelque sorte, le pain quotidien du massothérapeute, que je me suis convaincu de l'excellence du massage. De ce faisceau d'observations presque journalières, ce travail est né : la publication de quelques observations m'a paru, sinon inutile, du moins sans grand intérêt, dans une revue générale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES INDICATIONS
ET DES CONTRE-INDICATIONS
DU
MASSAGE EN GYNÉCOLOGIE

INTRODUCTION

Dans la préface que M. le professeur Pinard a écrite pour l'ouvrage de Stapfer, *Traité de Kinésithérapie gynécologique*, nous relevons les lignes suivantes : « Reconnaître et déterminer avec précision les indications thérapeutiques, sera toujours la caractéristique du véritable gynécologue. Aussi, doit-on accepter avec reconnaissance et étudier consciencieusement tout procédé, toute méthode nouvelle venant s'adjoindre aux procédés d'exploration classique pour éclairer ce chapitre si souvent obscur du diagnostic... Aucun moyen, aucun procédé, aucune méthode ne donne actuellement et ne peut donner ce qu'on obtient avec le palper-massage pratiqué méthodiquement... Mais la méthode de Brandt, complétée et perfectionnée par le D^r Stapfer, n'est pas seulement le puissant moyen de diagnostic que nous venons de faire connaître, elle est, selon moi, « la source de découvertes physiologiques

« et pathologiques, comme elle est le principe d'une
« thérapeutique nouvelle. »

La méthode de Stapfer comporte, en réalité, deux ordres de traitement qui se complètent l'un l'autre : le massage et la gymnastique constituant à eux deux le traitement kinésique. Nous ne devrions donc pas les séparer. Si nous nous y sommes décidé, c'est que, si le massage gynécologique est encore mal connu, la gymnastique suédoise, appliquée au traitement des affections abdomino-pelviennes, l'est encore bien davantage. Or, si nous bornons notre rôle volontairement à l'étude isolée du massage, c'est pour ne pas compliquer une question encore discutée par beaucoup, et pour essayer, très consciencieusement et très méthodiquement, de dégager les principes généraux de cette méthode, ainsi que d'en poser les indications et contre-indications les plus nettes et les plus admises par tous.

De nombreux auteurs ont écrit sur le massage en général, peu sur le massage abdominal et gynécologique. Parmi ces derniers, il est juste de citer le D^r Stapfer dont le Traité fait autorité ; citons les beaux travaux des D^{rs} Cautru et Bourcart. Dans la plupart des Traités de Gynécologie, on ne trouve que quelques lignes consacrées au massage.

Pozzi le réserve aux salpingites chroniques ; J.-L. Faure le recommande contre les vieilles inflammations refroidies « qui sont si souvent rebelles à tous les traitements », d'autres le condamnent sans autre forme de procès. Peut-être a-t-on pu reprocher à certains propagateurs de la méthode un enthousiasme exagéré ; en tout cas le massage ne mérite « ni cet excès d'honneur,

ni cette indignité ». Nous nous rangeons à l'avis du Dr Fraikin¹ : « Le massage a été critiqué, même par des spécialistes. C'est à tort. Bien manié, il donne au médecin une arme utile susceptible de lui rendre de grands services, très variés suivant la manière, les procédés mis en œuvre... Ce qu'on doit demander au massage, c'est de rendre leur tonicité aux muscles striés de la paroi, aux muscles lisses des viscères, aux ligaments ; c'est de calmer, au contraire, certaines contractures, c'est d'influer sur les plexus nerveux ; c'est de faciliter la circulation de retour, soit dans les gros vaisseaux extra-viscéraux, soit dans l'intérieur des organes. »

Disons un mot ici de ce que Stapfer a appelé le réflexe dynamogénique et de ses conclusions :

1° Lorsqu'on masse les viscères d'un animal par frictions circulaires, brèves, entrecoupées de pauses, on excite le cœur et les vaisseaux ; on constate la *contraction* de tout l'appareil circulatoire pendant le massage, la *dilatation* pendant les pauses, avec amélioration fougueuse du torrent sanguin. A chaque excitation correspond une *élévation de pression*.

2° Lorsqu'au massage léger, bref, entrecoupé de pauses, on substitue un massage *continu, fort*, on détermine la parésie, et, par conséquent, la vaso-dilatation des vaisseaux mésentériques. Le cœur se contracte avec une énergie excessive, d'abord réelle, puis apparente. A une cardio-constriction ou même à une cardio-tétanisation succède une cardio-rétraction per-

¹ Fraikin, Déséquilibre du ventre (*Actualités médicales*).

manente. Les vaisseaux de la périphérie en font autant. La cardio-rétraction est proportionnée au degré de la paralysie de la circulation abdominale. Dès qu'elle se manifeste, la *pression décroît*. Bien que, dans les deux cas, le cœur se resserre, les phénomènes sont différents. La pression est réflexe. C'est une stimulation de tous les vaisseaux, y compris le cœur. Le second, réflexe d'abord, ensuite mécanique, est la conséquence d'abord d'une excitation, ensuite d'une vacuité relative puis absolue du cœur auquel les vaisseaux parésiés du ventre n'envoient plus une quantité suffisante de sang. Le premier phénomène (cardio-vaso-contraction) est la manifestation d'une suractivité. Il est dynamogénique. Le second (cardio-vaso-tétanisation) est d'abord un spasme, puis la manifestation d'une simple propriété de tissu. »

Pour le Dr Cautru : « Le massage abdominal met en jeu un mécanisme nerveux préétabli dans l'organisme et qui aboutit à une régularisation des fonctions circulatoires. C'est ainsi que certaines manœuvres douces et profondes agissent d'une façon sédative en abaissant la pression et en soulageant le cœur. D'autres manœuvres excitantes, agissent d'une façon inverse en élevant la pression et en augmentant le travail du cœur... Le massage abdominal, régulateur de la circulation générale constitue donc une arme puissante qu'il faut manier scientifiquement et dont tous les bons effets ne peuvent être obtenus que par un médecin sachant observer de près l'évolution des symptômes qu'il combat et la guider dans un sens favorable. »

Le massage a donc une base scientifique, indis-

table : il est sorti peu à peu du domaine de l'empirisme. Quant au massage gynécologique proprement dit, il ne diffère pas du massage abdominal : comme le dit Stapfer, « avant d'être utérin, ovarien, salpingien, le massage gynécologique est péritonéo-viscéral. Ce sont les vaisseaux mésentériques qui subissent les premiers son influence ». Nous comprendrons facilement, à la lueur des expériences citées plus haut, combien l'action du massage peut être efficace sur une région où la circulation est si intense et comment ce mode de traitement peut arriver à y diminuer ou même supprimer les stases, si fréquentes de par la richesse de la vascularisation des organes pelviens. Nous traiterons plus loin de la question assez embrouillée des troubles de la circulation utéro-annexielle, des congestions frustes ou hémorragipares, mais, dès à présent, on peut entrevoir l'influence bienfaisante du massage sur ces troubles divers. Influence bienfaisante aussi dans ce qu'on a appelé : la cellulite abdomino-pelvienne; dans la résorption de certains œdèmes ou exsudats, dans la décongestion des gros utérus fléchis, etc., etc.

Certes, loin de nous la pensée de faire du massage un remède à tous les maux, une panacée universelle : c'est, au contraire, dans le but de tâcher d'en déterminer les applications que ce petit travail est fait. Mais nous croyons fermement que cette méthode a droit de prendre rang à côté d'autres moyens thérapeutiques tels que l'électrothérapie, pour ne citer que celui-là. Le palper-massage est déjà par lui-même un moyen de diagnostic : étant donnée la douceur avec laquelle on doit procéder, les accidents sont peu à redouter. Car,

c'est ici le gros reproche fait à la méthode : le massage peut rompre une grossesse tubaire par exemple, d'où le danger de ce traitement et sa condamnation sans plus ample informé. Aussi insistons-nous particulièrement sur l'importance du diagnostic. En tout cas, la grossesse extra-utérine a des signes particuliers. Il est vrai qu'on a signalé des grossesses extra-utérines qui ont pu évoluer jusqu'à terme de façon silencieuse, mais ce n'est pas là, on en conviendra, le processus habituel. La suppression des règles attirera l'attention, ainsi que les écoulements de sang et le ramollissement du col utérin. Nous avouons qu'avant le cinquième mois le diagnostic est difficile ; en tout cas, si l'on a le moindre doute, on n'a qu'à s'abstenir de tout traitement massothérapeutique.

Nous nous proposons dans cette étude schématique, pour ainsi dire, d'après les travaux récents parus sur la kinésithérapie gynécologique, de synthétiser les lésions pelviennes auxquelles le massage peut s'appliquer sans danger et les lésions dans lesquelles il faut s'abstenir. Il est des cas toutefois qui sont à cheval sur ces deux ordres de faits bien établis et sur lesquels l'accord n'est pas fait : c'est ce que nous appellerons les indications relatives.

Nous ne saurions mieux terminer ce chapitre qu'en citant ces quelques règles formulées par Stapfer : « On ne s'improvise pas bon masseur, on le devient avec le temps. — Point de bon traitement, même entre des mains exercées, sans diagnostic exact. — Épargnez la douleur. Si vous êtes obligé de la provoquer, qu'elle cesse de suite. — Le traitement kinésique est le bain

de Jouvence de la circulation. — Ne massez pas sans méthode. Choisissez et dosez les mouvements. »

« La patience et la prudence, dit le D^r Bourcart, sont les deux qualités nécessaires à celui qui veut employer cette méthode, si fertile en heureux résultats et qui, si elle ne guérit pas toujours, est un *puissant adjuvant du chirurgien et du médecin.* »

CHAPITRE PREMIER

DE L'UTILITÉ D'UN BON DIAGNOSTIC

Dans son Traité, Stapfer affirme que la kinésithérapie gynécologique est inoffensive. Nous admettons cette affirmation avec une restriction. Le massage, en effet, ne peut être pratiqué que par un médecin et un médecin capable de poser un diagnostic sûr. Cela revient à dire que l'étude des maladies des femmes est longue et difficile et que la réussite du traitement kinésique repose tout entière sur la précision du diagnostic. Nous avons la plus absolue confiance dans cette méthode : ce qui a pu lui nuire dans l'esprit de beaucoup de praticiens éclairés, c'est malheureusement que certains ont pu l'appliquer à tort et à travers sans en obtenir les résultats qu'on en doit espérer. Ils ont pétri les organes féminins comme l'on pétrit une masse musculaire, et ont ainsi jeté le discrédit sur un mode de traitement dont ils ignoraient tout.

Donc, un diagnostic aussi précis, aussi minutieux que possible, sera ici, comme ailleurs, la base de tout bon traitement. Comme on l'a dit de façon très imagée, le doigt est l'œil du gynécologue. De là vient toute la difficulté de cette partie importante de la science

médicale. Stapfer écrit à propos de la main du gynécologue : « Celui qui, à la souplesse, à la légèreté, à la dextérité, joindra l'écart exceptionnel de l'index gauche et du médius et la longueur exceptionnelle de l'index, acquerra vite dans la pratique du traitement une indiscutable supériorité. » On le voit, le médecin kinésithérapeute doit aiguïser plus que tout autre son toucher pour pouvoir apprécier dans les plus petits détails les différentes modalités d'une même lésion, les changements de volume d'un même organe, par exemple un utérus à la veille de la menstruation et après les règles. Ceci a son importance : chez certaines femmes, les différences entre ces deux moments sont très nettes et ont pu parfois induire en erreur le médecin non averti.

Nous n'avons nullement la prétention déraisonnable de vouloir faire ici un chapitre de diagnostic ; cela n'entre pas dans le cadre de ce petit travail, mais simplement de noter quelques points particuliers et d'insister sur la façon dont on doit opérer en général dans la recherche d'une lésion.

Le diagnostic se pose par l'interrogatoire, par la vue, le toucher, le palper simples, associés et combinés au massage. Nous n'avons à nous occuper ici que de l'exploration proprement dite comprenant le palper et le toucher, ces deux derniers modes combinés constituant l'exploration vagino-abdominale ; à côté de celle-ci, nous retiendrons comme d'une grande importance et d'un grand secours l'exploration rectale seule ou associée au palper abdominal. On peut encore combiner le toucher rectal au toucher vaginal, mais ce

mode d'exploration est assez rarement employé. Tout ce qui précède est de notion courante. Ce qui l'est un peu moins, c'est que la main droite qui s'appuie sur la paroi abdominale doit être aussi légère que possible et, par des pressions douces et continues, elle exercera, à l'insu même de la malade, un massage véritable qui empêchera la défense de la paroi, cause fréquente d'insuccès dans l'examen gynécologique.

En procédant par ordre, nous commencerons par la recherche de l'utérus, la malade ayant préalablement uriné ; une vessie pleine étant une cause fréquente d'erreur. Il faut, comme dit Stapfer « cerner l'organe » ; il faut en apprécier la direction, la situation, la mobilité, le volume et la consistance. On trouvera dans les *Traité*s d'Anatomie tous les renseignements utiles sur la direction de l'utérus. La question est assez controversée, et les opinions sont contradictoires. Pour les uns (Sappey, Bandl, etc.) l'axe de l'utérus se confond avec celui de l'excavation ; pour d'autres (Schultze, His), l'utérus fortement incliné en avant repose sur la face postérieure de la vessie ; enfin pour Luschka, Rüdinger, Claudius, l'utérus s'appliquerait en arrière contre le rectum ¹. « Qu'en conclure, si ce n'est que l'utérus est extrêmement mobile ». Cette mobilité est, en effet, bien connue des gynécologistes. Cependant, l'utérus, en thèse générale, occupe une situation intermédiaire : ce qui permettra d'apprécier ses différentes positions. C'est là le chapitre entier des déviations antérieures, postérieures ou latérales, soit les anté- ou rétroversions,

¹ Testut, *Anatomie*.

soit les anté- ou rétroflexions, si le corps utérin seul est en jeu ; et dont nous ne pouvons entreprendre ici l'étude.

Quant au volume et à la forme de l'utérus, on l'appréciera par la palpation bi-manuelle. Je ne saurais pour cette appréciation avoir de meilleur guide que Stapfer¹ : « Quand la situation de l'utérus est anormale, il est, en règle, augmenté de volume et plus ou moins déformé, corps et col dans le prolapsus, corps seulement dans les déviations. Il s'allonge, s'étale, forme sac et grossit souvent d'un bon tiers, ce dont vous vous apercevrez en constatant la diminution immédiate qu'il subit quand on le remet en place... Attendez donc la réduction avant de vous prononcer avec assurance sur la forme et le volume. »

Quant à la consistance de l'utérus, elle est assez variable, suivant l'époque de l'examen (près ou loin des règles), pour qu'elle puisse entrer en ligne de compte, excepté bien entendu le cas de grossesse. Cependant, chez les femmes qui ont de fréquentes métrorrhagies, on observera souvent un utérus mou, mais parfois, au contraire, il sera petit et dur. On le voit, rien de fixe. Cependant, il est des cas difficiles à diagnostiquer, mais que l'on doit connaître ; nous voulons parler de ces utérus très anciennement rétroversés avec adhérence la plupart du temps et dont l'extrême dureté est particulière : c'est un véritable mur de pierre que l'on sent au bout du doigt. Pour peu que la femme soit âgée, qu'elle ait maigri, on peut porter le diagnos-

¹ *Traité de Kinésithérapie.*

tic de cancer du corps. Nous estimons que le massage, dans ce cas, peut permettre d'éviter cette erreur, en diminuant cette consistance ligneuse et en permettant de reconnaître la lésion.

Enfin, signalons seulement en passant, au point de vue du volume de l'utérus, les causes capables de le faire varier. Citons en première ligne et pour mémoire la grossesse, les différentes tumeurs utérines, telles que les fibromes, les néoplasmes, épithéliomes et sarcomes.

Trompes et ovaires. — Nous n'entrerons pas ici dans les discussions anatomiques sur la situation exacte de ces organes. La recherche d'une trompe ou d'un ovaire malades n'est pas chose aisée, de par les différentes positions que ces organes peuvent occuper. Le cas peut-être le plus simple est celui de leur chute dans un cul-de-sac, quand ils sont prolabés. On appréciera leur forme et leur volume, et surtout leur mobilité, mobilité due pour la trompe au relâchement du méso-salpinx : la trompe, dans le cas de ptose, est toujours œdématiée, aussi la sentira-t-on de la grosseur d'un macaroni, d'un manche de porte-plume. Pour ce qui est des dilatations kystiques de la trompe, Stapfer émet cet avis que le diagnostic ne se fera que si le trajet tubaire cysto-utérin est perméable : « Le signe caractéristique mais non constant est la réplétion et l'évacuation intermittente, soit spontanée, soit après massage. La rénitence n'est pas un symptôme pathognomonique... parce qu'elle existe dans les kystes ovariens ; elle prouve l'existence d'une collection liquide, mais non celle d'une collection tubaire. »

Stapfer ajoute que ce phénomène est périodique et obéit aux molimens. A ce sujet, nous nous rappelons une malade qu'a soignée pendant longtemps notre ami le Dr Quincieu à la Clinique gynécologique de la Charité, dans le service de M. le professeur A. Polosson. Son kyste tubaire se remplissait à des intervalles variés et nous l'avons vu maintes fois se vider pendant les séances de massage.

Autre question de la purulence. Pour Stapfer, « hors le cas de poche volumineuse faisant saillie, manifestement et constamment fluctuante », il n'existe pas un seul signe qui permette de la trancher. Et il ajoute que « hors cette fluctuation nette — bien exceptionnelle, — la purulence n'a pas de criterium ». Peut-être pourrait-on dire que, dans cette dernière forme, la trompe est plus flexueuse, plus bosselée, plus noueuse. Boursier¹ dit que, « dans certains cas, la palpation par l'abdomen de volumineux pyo-salpinx, provoque un écoulement purulent plus ou moins abondant, après lequel la tumeur tubaire diminue nettement de volume ».

Ovaires. — Très mobile, l'ovaire échappe encore plus que la trompe aux investigations, et il n'est révélé le plus souvent que par sa sensibilité exquise. Sa recherche sera facilitée par l'exploration abdomino-rectale qui montrera l'ovaire malade fixé, le plus souvent, contre l'utérus latéralement, ou près des symphyses sacro-iliaques.

¹ Boursier, *Précis de Gynécologie*.

Ligaments. — Stapfer — auquel on est obligé de toujours revenir — indique un excellent moyen pour apprécier la forme, la consistance et la sensibilité des ligaments qui peuvent être modifiées dans les lésions utéro-annexielles. Je cite ¹ : « Commencez par bien vous rendre compte de la direction de l'utérus. Est-il médian ou à peu près médian ? les deux ligaments ont, selon toute vraisemblance, des dimensions à peu près égales. Est-il dévié à droite ou à gauche ? l'un ou l'autre est déformé. Il s'agit de reconnaître lequel... Poussez le col à droite avec l'index, si la malade se plaint du côté gauche, c'est que la déformation occupe la partie supérieure du ligament large gauche. Si elle se plaint du côté droit, la déformation occupe la base du ligament large droit. »

Pour les ligaments de Douglas (surtout bien sentis par le toucher rectal), ils forment une sorte de V et peuvent être très sensibles, très douloureux dans les lésions utéro-annexielles : on les sent très fréquemment comme deux cordes très tendues et à bords tranchants. La douleur, quand on exerce le moindre tiraillement sur eux, est parfois extrême : pour nous, cette contraction, cette tension de ces ligaments, s'observe souvent dans les déviations utérines et, en particulier, dans la cellulite du cul-de-sac postérieur.

Terminons cette rapide étude des lésions de salpingo-ovarites en indiquant en passant qu'il ne faudra pas les confondre avec les grossesses tubaires (suppression des règles, accroissement de la tumeur, modifications du côté des seins, etc.).

¹ Stapfer, *Traité de Kinésithérapie*, p. 138.

Œdèmes abdomino-pelviens. — La cellulite est un œdème tantôt dur et douloureux, tantôt mou et indolent du tissu conjonctif, qui peut se manifester partout où ce tissu existe... Elle occupe le tissu connectif, périgénito-urinaire et viscéral. Elle se manifeste par la douleur, l'œdème, la contracture... Elle s'exaspère au voisinage du cul-de-sac de Douglas, près du col utérin. Elle est parfois tellement vive que les malades s'évanouissent. L'œdème est dur ou mou, diffus ou localisé. D'ordinaire, il se manifeste sous forme d'empâtements dans l'anneau celluleux péri-isthmique, de cordes raides à la base des ligaments larges, d'épaississements autour des ovaires, d'infiltrations molles à la périphérie des trompes, dans la nappe connective du plancher pelvien... La cellulite est vraisemblablement une hypo-sclérose¹ ». C'est là le chapitre le plus contesté de la gynécologie, et cependant ces lésions existent. Que de fois n'avons-nous pas examiné des malades, dont la cavité vaginale extrêmement douloureuse n'offrait au doigt explorateur qu'un revêtement œdémateux, épais, dur, englobant tout ; où les annexes étaient introuvables, noyées dans cette sorte de magma, avec un utérus à fond introuvable ? Quel diagnostic poser ? Un massage extrêmement doux, léger et court, après quelques séances déblayait tout cela : peu à peu l'utérus était repéré, les annexes sortaient de leur gangue d'œdème, les douleurs diminuaient. Ce sont là des troubles de la circulation utéro-annexielle, se révélant tantôt sous forme de congestions actives ou

¹ Stapfer, *Traité*.

passives, avec ou sans hémorragies, de congestion fruste (Stapfer), congestion sèche de Siredey, de congestion hémorragique avec règles de quinzaine par exemple, tantôt sous forme d'infiltrations plastiques ou d'œdèmes des tissus para- ou périutérins, des tissus cellulaires pelviens et même des tissus des parois abdominales (D^r Bourcart). Nous verrons le massage lutter victorieusement contre la plupart de ces lésions.

Troubles de la menstruation. — Nous aurons à faire à de l'aménorrhée, de la dysménorrhée ou des hémorragies. *L'aménorrhée* peut être due à des maladies générales (chlorose, obésité, insuffisance ovarienne, irritations du système nerveux, la tuberculose) et à des causes génitales, telles que des inflammations scléreuses, des déviations utérines. Pour la *dysménorrhée*, elle peut être d'origine ovarienne, soit par insuffisance, soit par sclérose de l'ovaire (ovarites scléro-kystiques); d'origine utérine, soit par sténoses du col, par déviations utérines, par les tumeurs, la métrite, etc. Enfin, nous aurons affaire à des *ménorrhagies* ou à des *métrorrhagies* dont les causes sont si nombreuses : notons seulement comme causes générales les affections cardiaques, hépatiques, rénales, etc., et, comme causes locales, les maladies des annexes et de l'utérus que nous ne pouvons passer ici en revue, et qui, évidemment, sont la cause principale des hémorragies. Notons particulièrement en passant les hémorragies pathologiques en dehors de toute période menstruelle : ces hémorragies peuvent reconnaître de nombreuses causes, telles que les salpingites, les rétroversions,

mais surtout — et c'est là un fait que M. le professeur Auguste Pollosson a mis en lumière dans une de ses cliniques — la plus grande parmi ces causes, c'est le cancer du col. « S'agit-il d'une malade qui a encore ses règles, le cancer se traduit d'abord par des hémorragies irrégulières survenant en dehors des règles..., les hémorragies intermenstruelles doivent être tenues pour pathologiques : elles surviennent à l'occasion d'un traumatisme local, elles sont tout particulièrement produites par les rapports sexuels... C'est là un symptôme capital qui doit vous orienter immédiatement vers la possibilité d'un cancer¹. »

Nous nous bornons à ce schéma très incomplet de l'étude du diagnostic gynécologique. Il en résulte qu'un bon masseur gynécologue doit, par une longue pratique quotidienne, arriver autant que faire se peut à posséder un diagnostic précis. Or le palper-massage aide beaucoup à la recherche des lésions : comme on le voit, nous avons affaire à un heureux cercle vicieux. Nous en concluons que le massage gynécologique a le droit de revendiquer une bonne place à côté des autres thérapeutiques gynécologiques.

¹ Le Cancer du col utérin (*Province Médicale*, 7 juillet 1906).

CHAPITRE II

TECHNIQUE DU MASSAGE

A. — MANUEL OPÉRATOIRE

Le massage du ventre est un « tonique cardio-vasculaire, un fabricant de globules rouges, un destructeur de microbes et de toxines, un régulateur de la température¹... » Les effets réflexes du massage dominent la scène, les effets purement mécaniques étant de peu d'importance. Les deux lois principales du massage sont les suivantes : « La circulation locale abdominale tient sous sa dépendance l'intégrité de la circulation générale. En refaisant la circulation abdominale, on refait la circulation générale. » Ces faits se vérifient tous les jours. C'est ainsi qu'après une première séance de massage purement gynécologique, les malades avouent « avoir été mieux dans la journée ». C'est là une des phrases que l'on entend tous les jours.

« Actuellement, dit le Dr Bourcart², on demande beaucoup moins au massage une action mécanique qu'une action sur la circulation sanguine, action qui

¹ Stapfer, *Manuel de Kinésithérapie*.

² *Bibliothèque de Thérapeutique* : PHYSIOTHÉRAPIE.

doit chercher à amener la suppression des causes provoquant l'inflammation, la destruction et la résorption des produits inflammatoires et le rétablissement des fonctions aussi normales que possible des organes atteints. Aussi le massage direct des exsudats, la libération des adhérences, la réduction des déviations ne sont plus que le corollaire du rétablissement de l'équilibre abdomino-pelvien. »

Ces quelques principes généraux étant posés, passons à la description des manœuvres de massage. Avant toutes choses, disons que ces manœuvres ne sont pas nombreuses. Quelques auteurs ont établi des catégories spéciales, décrivant minutieusement chacune d'elles et compliquant à plaisir une technique simple. Il n'en est pas ainsi. Ce qui, en tout cas, peut être considéré comme un principe fondamental de tout bon massage, c'est la douceur, douceur telle qu'elle peut prêter à sourire. Stapfer dit qu'il ne faut pas déployer plus de force pour masser qu'il n'en faut pour effacer la buée sur une vitre. Masser, en gynécologie, n'est pas en effet, pétrir. « Qu'est-ce que le massage gynécologique? Une manipulation viscérale, exempte de violence, dans laquelle la force est exceptionnellement employée, car le maximum d'effets produits dépend du rétablissement plus ou moins intégral de la circulation abdomino-pelvienne, et ce rétablissement est obtenu avant tout par la méthode, la douceur et la patience. Examiner une femme, la toucher, la palper, c'est déjà la masser. »

Dans toute manœuvre de massage, il ne faut pas perdre de vue qu'il faut épargner toute douleur aux malades. Si l'on fait mal, infailliblement l'on éveille les

contractions de la paroi, qui, malgré les objurgations habituelles adressées à la patiente, seront très difficiles ou tout au moins longues à vaincre. Il faut ensuite savoir s'arrêter de temps en temps, faire quelques pauses qui facilitent la dilatation vasculaire; il faut enfin, comme nous l'avons dit plus haut, une grande légèreté de main.

Passons maintenant aux manœuvres proprement dites de massage. Nous décrirons en quelques mots :

- 1° La friction circulaire ;
- 2° La vibration ;
- 3° L'effleurage ;
- 4° L'étirement ;
- 5° La pression ;
- 6° L'élévation ;
- 7° La malaxation.

En somme, rien de spécial ici, rien qui diffère essentiellement de toutes les variétés de mouvements qui sont décrits dans les innombrables volumes publiés sur le massage. Mais ici, tandis que la main droite agira à travers la paroi abdominale sur les organes profonds, l'index gauche (rarement accompagné du médius), servira seulement de tuteur, présentera — si nous pouvons nous exprimer ainsi — à la pulpe des doigts de la main droite l'organe sur lequel s'exercera le massage. Toutefois, notre index gauche peut à son tour exercer un massage direct interne. Nous le verrons tout à l'heure.

Le Dr Bourcart, dans le chapitre qu'il a consacré à la kinésithérapie gynécologique, dans le volume de la Bibliothèque de Thérapeutique consacré à la physio-

thérapie, déclare qu'il a peu à peu abandonné le massage abdomino-vaginal pour se cantonner dans les manipulations extérieures agissant sur la circulation abdomino-pelvienne, « les résultats, écrit-il, étant plus rapides ». Que le Dr Bourcart n'emploie ce qu'il appelle les manipulations spéciales que lorsque tout état inflammatoire aigu a disparu, nous nous rangeons à son avis; mais en quoi ces manœuvres, faites selon les quelques principes énumérés plus haut, peuvent-elles être dangereuses quand il s'agit d'œdèmes, d'adhérences anciennes, de déviations utérines, de brides cicatricielles, de congestions, etc.? Il nous semble que le massage direct peut et doit être plus efficace qu'un massage général du ventre.

1° FRICTION CIRCULAIRE. — La main droite abdominale, reposant avec douceur sur la paroi, avec la pulpe de l'index, du médius et de l'annulaire, va entraîner les tissus *sans glisser sur eux* en décrivant des petits cercles, s'arrêtant, se déplaçant pour recommencer. L'index vaginal ne fait qu'offrir à la main masseuse les organes lésés : souvent même, il ne sert que de tuteur fixe; c'est ainsi qu'il pourra, placé dans le Douglas, soulever l'utérus pour rendre celui-ci plus accessible à la main droite, sans se déplacer.

L'action immédiate d'un tel massage est d'abord une contraction des vaisseaux, un accroissement de pression intravasculaire pendant la friction, puis une dilatation de ces mêmes vaisseaux pendant les pauses.

2° VIBRATION. — La vibration est un tremblotement, une fine trémulation imprimée aux tissus et ressentie dans la profondeur. L'on sait que l'on a con-

struit des vibrateurs mécaniques : mais rien ne vaut la vibration manuelle. C'est un manœuvre fatigante et assez difficile à bien réaliser. En somme, il faut arriver à une sorte de tétanisation du bras et de l'avant-bras. La vibration bien exécutée est sentie par la malade et reste invisible pour l'assistant ; elle se fera avec la paume de la main. C'est une manœuvre anesthésiante par excellence.

3° EFFLEURAGE. — Ici, c'est l'index vaginal qui exécute la manœuvre. Le mot est assez explicite par lui-même : le doigt ira glisser doucement sur les tissus malades, par l'extrémité de la phalange, exerçant ainsi un léger massage sur le fond de l'utérus en rétroversion, sur la cellulite du Douglas, sur les annexes prolabées. L'effleurage a une action incontestable sur tous les œdèmes pelviens, la cellulite douloureuse et sur la circulation génitale.

4° ETIREMENT. — Il consiste à allonger les ligaments rétractés, les brides et les adhérences. C'est une manœuvre à pratiquer avec une extrême douceur et une grande prudence. C'est ici, dirions-nous, qu'intervient la nécessité d'un bon diagnostic. Il faut savoir ce que l'on fait. Dans tous les cas, même si l'on estimait qu'il n'y ait aucun danger, il faudra résister à l'emploi de la force. L'étirement, que d'aucuns nomment élongation ou encore extension, consiste essentiellement à allonger les brides, les ligaments, les adhérences. L'étirement, comme le fait très justement observer Stapfer, sera toujours précédé, accompagné et suivi de massage par frictions circulaires, dans le but de faire disparaître « la cellulite, compagne habituelle des adhérences par

néo-membranes ou soudures ». Le massage *ne rompt pas* les adhérences au sens propre du mot ; il les ramollit et les allonge peu à peu. C'est là encore une erreur qui a attiré des ennemis aux méthodes massothérapeutiques.

5° **PRESSION.** — C'est là une manœuvre qui n'a rien de spécial, elle est toujours combinée avec les manœuvres que nous venons de décrire.

6° **ÉLEVATION.** — Cette manœuvre, décrite par Brandt et qui exige un aide, consiste essentiellement dans le soulèvement de l'utérus. Elle s'applique presque uniquement au prolapsus utérin. Sans dénier une certaine efficacité à ce mode de massage, nous croyons que les résultats en sont incertains ; c'est une manœuvre qu'on ne peut employer seul et nous sommes de l'avis du Dr Bourcart qui préfère, quand le cas s'y prête, l'opération d'Alexander, la restauration du périnée.

7° **MALAXATION.** — Réservée à la paroi abdominale et à cette forme particulière de cellulite que Stapfer a dénommée « panniculite ».

Les séances de massage, telles que nous les pratiquons dans le service de M. le Dr Albertin, ont lieu trois fois par semaine : elles ont une durée variant de dix minutes à un quart d'heure. En principe, il faut s'arrêter lorsque, au point local massé, la malade accuse une sensation de chaleur. Chaque séance est suivie de columinisation du vagin avec des tampons à la glycérine, sauf dans certains cas spéciaux. Les manœuvres ci-dessus décrites constituent l'essentiel du massage, mais il ne faut pas oublier qu'elles s'en-

chevêtrent les unes et les autres et se prêtent une mutuelle assistance. C'est au médecin à se rendre compte de ce qui convient le mieux dans telle ou telle lésion pour obtenir le meilleur résultat : simple affaire de pratique.

B. — PRÉCAUTIONS A PRENDRE AVANT D'INSTITUER LE TRAITEMENT

Nous venons de décrire succinctement le mode opératoire du massage ; mais nous ne croyons pas inutile de rappeler qu'il est toute une série de précautions élémentaires qu'il faut prendre, précautions relatives à la malade et à l'opérateur.

a) PRÉCAUTIONS RELATIVES A LA MALADE. — *L'absence de température* est une condition nécessaire. Sans vouloir exposer ici la séméiologie de la fièvre, il tombe sous le sens que nous ne pouvons intervenir que dans les cas de lésions refroidies ; nous nous interdisons absolument toute manœuvre dès qu'il existe une réaction péritonéale quelconque.

Il nous paraît utile de procéder à un *examen rapide et sommaire des urines*, qui nous renseignera sur l'état des reins et du foie. Nous ne négligerons pas non plus la recherche des phénomènes de *cystite aiguë ou chronique* qui nous mettront sur la voie d'une blennorrhagie possible.

Avant tout massage, nous nous assurerons de la *vacuité du rectum et de la vessie*. Les scybales du rectum peuvent être prises pour une trompe prolabée ;

une vessie pleine est une cause fréquente d'erreur ; combien de fois elle a pu en imposer pour un fond utérin ? Supposons que, ces conditions étant remplies, l'on procède au massage de l'utérus. Très fréquemment l'on fera sourdre de cet organe des « viscosités » pour employer un terme banal ; nous devons examiner très attentivement les *sécrétions vaginales et utérines*, car, suivant leur nature, il faudrait préalablement procéder à la désinfection vagino-utérine avant de commencer les séances de massage. Avons-nous affaire à de simples « glaires » claires, filantes, que l'on obtient par simple pression de l'utérus ? à des pertes jaune verdâtre tachant le linge qu'elles empèsent ? à des pertes rosées ou franchement sanguinolentes ? à un écoulement muco- ou séro-purulent rapidement fétide ? Constatons-nous un simple suintement blanc jaunâtre apparaissant deux jours avant les règles et persistant deux ou trois jours après leur arrêt (interroger les malades) ? Nous pouvons de cet examen, à la vérité malaisé et complexe, tirer quelques renseignements précieux. Sans doute, un examen microscopique nous fixerait sur la nature blennorragique de tel écoulement ; en pratique, hélas, cette recherche n'est pas toujours facile. Toutefois, nous nous efforcerons de diagnostiquer les simples sécrétions vulvaires provenant de la glande de Bartholin et qui donnent un liquide visqueux et incolore. Les glandes cervicales sécrètent normalement un liquide clair, filant, ayant l'aspect et la consistance d'un blanc d'œuf. Le vagin ne sécrète rien, au moins à l'état normal, mais il est le siège d'une desquamation épithéliale dont les pro-

duits viennent se mélanger aux sécrétions du col. De ce fait, les écoulements vaginaux peuvent offrir une apparence laiteuse, « caillebotée » et tachant le linge; purulents, ils sont crémeux et de coloration gris verdâtre. Quant au mucus du col utérin, il se présente sous l'aspect de glaires très visqueuses; desséchées, ces glaires, à la vulve, sont comparables à du blanc d'œuf cuit. Les glandes du corps de l'utérus laissent échapper un liquide clair et fluide; il en serait de même de certains kystes utérins.

L'on conçoit toute l'importance de l'examen des diverses sécrétions de l'appareil génital de la femme: à lui seul, cet examen est déjà un bon élément de diagnostic qu'on ne doit point négliger. Il peut nous renseigner sur la forme de métrite que nous aurons à soigner ou simplement peut ne nous indiquer qu'un simple écoulement physiologique ou une sécrétion dépendant de quelque maladie générale (chlorose, anémie, etc.).

D'autres questions sont encore à envisager. Que de fois ne nous est-il point arrivé de ne pouvoir pratiquer le massage par suite des douleurs intolérables réveillées par le simple toucher! Hyperesthésie? Vaginisme? Nervosisme! Peu importe. Le mieux est de ne pas insister, et, si faire se peut, l'on pratiquera quelques *columnisations préalables*: le tampon glycérimé est, lui aussi, un sédatif merveilleux. Après quelques pansements non serrés et méthodiques des culs-de-sac, il est rare que l'on n'ait point assoupli les parois vaginales, occasionné une décongestion des organes par une véritable « saignée blanche », diminué ainsi l'acuité des

douleurs, vaincu l'appréhension légitime de la malade et rendu le massage possible. De plus, si les sécrétions étaient trop abondantes, l'on pourrait ordonner pendant quelques jours l'introduction quotidienne dans le vagin d'un ovule à la glycérine ou à l'ichtyol qui en assurerait la désinfection. C'est là une bonne méthode que nous employons dans le service de M. le Dr Albertin et qui ne nous a donné jusqu'ici que de bons résultats.

Nous considérons, sinon comme indispensable, du moins comme une précaution utile, de pratiquer, avant toute séance de massage, une *irrigation vaginale chaude* : elle débarrasse le vagin de tous les produits sécrétoires qui y sont accumulés et permet ensuite un diagnostic plus facile des sécrétions qui peuvent à nouveau s'y produire.

b) PRÉCAUTIONS RELATIVES A L'OPÉRATEUR. — Il nous paraît presque hors de propos de recommander à l'opérateur de procéder au nettoyage minutieux de ses mains. Deux points sont importants à signaler : il faut avoir les ongles courts et les mains tièdes. Tout contact froid impressionne désagréablement la malade, et, de plus, détermine des contractures réflexes qu'on a toutes les peines du monde à faire cesser. Le toucher se pratiquera, le coude abaissé, les doigts (index seul ou index et médius) déprimant la fourchette. On se sert généralement, pour enduire le doigt, de vaseline aseptique : nous nous servons simplement de bon savon blanc qu'un lavage soigneux à l'eau chaude enlève très rapidement. Le médecin exigera que la malade se présente sans corset ni lien constricteur à la taille ; l'on fera les séances de massage loin des repas, autant que faire se pourra.

CHAPITRE III

DES INDICATIONS DU MASSAGE

Nous ne nous dissimulons pas combien la tâche est ingrate ; car ce sont précisément certaines indications du massage, révolutionnaires en apparence, qui ont soulevé d'âpres controverses, attiré beaucoup d'adversaires à la méthode, et la question, pour beaucoup, est encore en suspens. Nous n'avons pas à prendre parti dans le débat ; nous nous contenterons d'exposer simplement et sincèrement notre façon d'envisager ce mode de traitement. Nous nous tiendrons un peu en dehors des idées avancées de certains novateurs, la prudence ayant toujours été notre guide, ce que nous ne regrettons pas. Sans nous targuer d'une longue expérience, nous avons déjà quelques années de pratique et nous n'avons eu aucun accident à déplorer. Ainsi présentées, les indications des affections dans lesquelles le massage sera d'une réelle efficacité et soulagera ou guérira les malades atteintes de « misère génitale » sont les suivantes :

- 1° Les déviations utérines ;
- 2° Les troubles de la circulation utéro-annexielle ;
- 3° La cellulite abdomino-pelvienne ;

4° La métrite et la salpingo-ovarite ;

5° Les brides, adhérences et altérations ligamentaires.

Tel est, à notre avis, le schéma des affections gynécologiques qui relèvent du traitement par le massage. Nous n'entendons pas par là que le massage va guérir toutes ces lésions, mais il apportera à de pauvres malades, sinon la guérison toujours, du moins un grand soulagement : il sera souvent le meilleur des palliatifs. Ajoutons, sans anticiper sur l'ordre général de cette étude, qu'il y a des indications relatives. Expliquons-nous. Laissant de côté toute lésion aiguë, et nous reportant à ce que nous avons exposé relativement au massage comme moyen de diagnostic, le massage peut, en effet, *débrouiller* une situation obscure : le moyen est peut-être lent, mais il est sûr, en ce sens qu'il fera fondre œdèmes et adhérences et permettra au chirurgien de poser une indication opératoire précise. Nous l'avons dit dans l'Introduction, le médecin masseur peut être un excellent auxiliaire du chirurgien.

§ 1. — LES DÉVIATIONS UTÉRINES.

Nous envisagerons ici la rétroversion et la rétroflexion, l'antéversion, l'antéflexion. Nous commencerons par l'étude des rétrodéviations de beaucoup les plus fréquentes.

Rétrodéviations. — Il est entendu que nous ne parlerons pas des rétroversions muettes ; sans nous

lancer dans l'étiologie de ces lésions, quelques mots sont nécessaires. Le déplacement en arrière de l'utérus est, pour la grande majorité des cas, dû à un relâchement de ses moyens de fixation, altération qui serait sous la dépendance de certaines causes générales telles que le lymphatisme, l'anémie et l'arthritisme (Richelot). Mais souvent aussi nous trouverons comme causes les congestions : l'utérus est gros, lourd ; et enfin l'accouchement. Ajoutons encore les traumatismes, un effort brusque. On peut déjà — simplement au point de vue général — entrevoir les effets bienfaisants du massage, sans parler des effets locaux. On sait le retentissement de la rétroversion sur l'intestin, l'estomac, le système nerveux même. En massant le ventre, on agit sur les troubles intestinaux et parfois les troubles gastriques ; en massant l'utérus et en le replaçant en bonne position, on améliore et parfois on guérit la constipation ou une maladie réflexe de l'estomac.

La question que l'on devra se poser ensuite est la suivante : Avons-nous bien affaire à une rétroversion ? Est-elle mobile ou fixée ? Il faudra, avec soin, éliminer les quelques affections capables de simuler la rétroversion, telles que les fibromes de la paroi postérieure de l'utérus, les tumeurs annexielles, les noyaux de paramérite postérieure et enfin les scybales dans le rectum. La rétroversion mobile se passe de description ; la rétroversion fixée par des adhérences, par la rétraction et la contraction des ligaments, c'est là la vraie fixation ; mais, à côté de cette forme, existe ce qu'on pourrait appeler la rétroversion simplement résistante : c'est une fausse fixation. Ce genre de rétroversion, fai-

blement adhérente, ne paraît fixé que par l'œdème qui l'entoure et la maintient, autrement dit par la cellulite qui accompagne la déviation.

Ici, une remarque s'impose. Il est rare qu'on ait affaire à une déviation pure; le plus souvent, la trompe et l'ovaire ont été entraînés avec l'utérus, on les trouve prolabés dans le Douglas la plupart du temps, ou bien il existera également de l'œdème, de la congestion de ces organes. Cet état particulier fait partie de ce que Montenuis a appelé : « les Déséquilibrées du ventre », et que, après lui, le Dr A. Fraikin a étudié dans un petit livre des *Actualités médicales*. Qu'on nous permette une parenthèse à ce sujet, en laissant la parole au Dr Fraikin : « On peut désigner, écrit-il, sous le nom de déséquilibre abdominal, un ensemble de symptômes fonctionnels et physiques causés par les troubles apportés dans la statique des organes abdominaux. Il existe un déséquilibre du ventre, avec insuffisance des parois musculaires qui limitent la cavité abdominale et ptose marquée des organes; et un déséquilibre abdominal sans insuffisance manifeste des parois, avec ptose légère et partielle des viscères et troubles de la circulation et de l'innervation abdominales... L'exploration profonde de l'abdomen est des plus faciles, car le ventre est mou, sans résistance. « Tout tombe. » La paroi abdominale, ridée, est flasque... La masse intestinale s'étale dans les flancs... On sent nettement les battements épigastriques de l'aorte qui sont transmis par la masse dure du côlon rétracté... A l'examen génital, nous pouvons trouver une ptose utéro-ovarienne, avec déviation utérine... On trouve parfois un utérus un peu gros, ou

légèrement dévié, parfois très mobile, parfois peu mobile, des ovaires un peu gros et légèrement prolabés... Du côté du périnée, on constate souvent de la chute du plancher et de la chute des parois vaginales : insuffisance périnéale plus ou moins marquée. C'est tout. Et pourtant elles souffrent; qu'on qualifie ces douleurs de névralgies pelviennes, qu'elles soient dues à de petits ovaires kystiques, ces douleurs n'en existent pas moins, rendant la vie intolérable à ces malades; douleurs causées le plus souvent par la congestion ou l'œdème ancien des organes du petit bassin. »

On nous pardonnera cette longue citation, mais elle fait toucher du doigt, mieux que je ne l'aurais pu faire, le tableau clinique si fréquent de quantité de malades. Or, le massage est un merveilleux mode de traitement dans ces cas-là. Ces malades souffrent, avant tout, de cellulite douloureuse, cellulite du Douglas (douglassite), d'œdèmes des annexes, etc. C'est donc à ces lésions que nous nous adresserons tout d'abord. Après avoir apprécié — sans déployer aucune force — le degré de la rétroversion, la mobilisation possible ou impossible de l'utérus, soit par le toucher vaginal ou rectal, nous irons à la recherche de la trompe, de l'ovaire, sur les côtés de l'utérus, sur le plancher, dans le Douglas, etc.; nous essayerons d'évaluer leur forme, leur volume, leur consistance, leur sensibilité, leur mobilité. Souvent, nous ne trouverons qu'un œdème tapisant les parois vaginales et les culs-de-sac. Et alors, s'il n'y a aucune réaction inflammatoire, avec méthode, avec prudence, nous instituerons le traitement par le massage. « Le traitement local, dit Siredey, est limité

aux massages dont on n'use pas assez en pareil cas ; ils sont d'une efficacité réelle et peuvent non seulement redresser l'utérus dévié, mais faciliter son développement. »

Sans décrire ici toutes les manœuvres que l'on peut employer suivant les cas — notre petit travail n'est pas un cours de massage, — indiquons rapidement les quelques principes qui doivent guider dans la réduction de la rétroversion et que Stapfer a lumineusement formulés. Etant donné une rétroversion douloureuse et fixée, l'on commencera par un massage indirect, c'est-à-dire que, l'index gauche vaginal soutenant légèrement l'organe, la main droite exercera au-dessus et autour des organes les frictions circulaires décrites plus haut, dont les effets sont exclusivement réflexes. L'on peut ensuite exercer les vibrations qui sont anti-phlogistiques par excellence. Mais, à ce moment, au début des séances, s'abstenir de toute tentative de réduction. L'on n'essayera la réduction que lorsque *œdème et cellulite auront disparu*. D'ailleurs, souvent à ce stade, l'utérus se libère de lui-même, souvent aidé par la position genu-pectorale que l'on doit conseiller aux malades. Dans tous les cas, les massages seront légers, courts, coupés de pauses.

Si notre utérus est maintenu en mauvaise position par des adhérences péritonitiques, ou par une rétraction ligamentaire, Stapfer donne comme ligne de conduite de ne jamais étirer un ligament, si l'on n'a senti l'ovaire et surtout la trompe du même côté « libres ou en tout cas indépendants de la masse indurée et rétractée que l'on veut assouplir et allonger ». L'on ne

tentera l'étirement que lorsque l'on sentira les ligaments, les adhérences, les indurations s'amollir et céder peu à peu. Supposons maintenant que nous sentions notre utérus complètement libéré de sa gangue d'adhérences : nous pourrions essayer de le réduire. Voici deux procédés également excellents. Plaçant la pulpe de l'index sur la face antérieure du col, on appuie de haut en bas, puis en arrière, le plus près possible de l'isthme, cependant que la main droite cherchera à accrocher le fond utérin. Il faut, pour que la réduction soit complète, que l'utérus ait basculé complètement, col en arrière, fond derrière le pubis. L'autre procédé — position redressante de Brandt — n'est qu'une variante de celui-ci. La pression est externe et interne : « L'index gauche tenant bien le col de l'utérus, faites descendre les quatre doigts de la main libre en pronation dans le cul-de-sac péritonéal antérieur, derrière la symphyse sur la vessie vide, jusqu'au contact de l'index vaginal... Votre doigt qui touche sentira le col fuyant vers la concavité sacrée et la face antérieure de l'utérus s'inclinera vers le pubis. Retirez brusquement la main, la face antérieure se couchera sur votre index, le fond touchant la symphyse¹. »

Rétroflexion. — Nous aurions pu décrire cette déviation en même temps que la rétroversion ; à cause de quelques particularités, nous la classons à part. L'on sait que, dans cette situation, le col garde à peu près sa direction, le corps ayant basculé dans le Dou-

¹ Stapfer, *loc. cit.*, p. 296.

glas et l'angle de flexion correspond habituellement à l'isthme. L'utérus rétrofléchi est lourd et gros ; le col est parfois oedématié et hypertrophié : « les ligaments utéro-sacrés peuvent être relâchés » (Schultze) ; ces lésions sont dues très vraisemblablement à des troubles de la circulation par coudure des vaisseaux. Ici, plus encore que dans la rétroversion, les lésions inflammatoires viendront compliquer la situation par la création de la paramétrite postérieure, par les adhérences péritonéales, résultat de pelvi-péritonite et par la salpingo-ovarite. Pour Siredey, ce sont surtout les altérations du tissu cellulaire péri-utérin, du péritoine formant le cul-de-sac de Douglas et des ligaments utéro-sacrés qui contribuent à fléchir l'utérus en arrière. Ce qui est intéressant pour nous, c'est que l'utérus rétrofléchi se congestionne avec une extrême facilité, le corps étant augmenté de volume. Souvent l'on trouvera l'ovaire gauche prolabé dans le cul-de-sac postérieur et adhérent au fond de l'utérus, où il forme une sorte de nodule d'une extrême sensibilité (Siredey).

De ces quelques considérations rapides, nous pouvons en conclure que le massage de toutes ces lésions sera d'une réelle efficacité par la décongestion qu'il amènera dans l'utérus et les annexes, par le ramollissement des brides et des adhérences, par la circulation abdomino-pelvienne qu'il rendra plus active. Quant à la réduction de l'utérus rétrofléchi, les manœuvres que nous avons signalées plus haut à propos de la rétroversion ne sont pas d'une application heureuse ici. En effet, dans le cas de l'utérus rétroversé, nous avons affaire à un levier rigide (col et corps) et nous pouvons

agir sur le col ; dans le cas qui nous occupe, il n'en est plus de même, puisque nous nous trouvons en présence d'une flexion, d'un levier flexible. Si l'on essayait d'appuyer sur ce col, il fuirait sous le doigt. Mais on peut tenter d'appuyer non plus sur le col, mais bien sur l'isthme à travers la paroi abdominale — si l'adiposité n'est pas excessive, — l'index de la main gauche introduit dans le rectum allant soulever le fond utérin.

Nous ne voudrions pas clore ce chapitre sans dire un mot des rétrodéviations chez les vierges, sujet assez confus d'ailleurs. Nous trouvons quelques renseignements dans la thèse de M^{lle} Eugénie Parisse¹. Parmi les causes prédisposantes à cet état, elle signale la mobilité anormale de l'utérus, son état de statique indifférent : « Nous avons observé souvent chez les vierges et les nullipares atteintes de rétrodévation une remarquable laxité des tissus, une débilité musculaire tout à fait frappante. Ce sont des jeunes femmes grandes et minces, au visage pâle, présentant même parfois, mais surtout ayant présenté tous les symptômes de la chloro-anémie. Les membres sont grêles, la musculature est développée au minimum ; dès lors cette insuffisance musculaire peut atteindre le plancher pelvien au même titre que le reste de l'organisme... D'autre part, les ligaments, eux aussi, subissent les effets de cette flaccidité des tissus. » L'auteur signale encore des causes liées à un état pathologique annexiel ou péri-utérin. La salpingite non infectieuse aseptique est celle que l'on rencontre chez les vierges ; elle résulte

¹ *Rétrodéviations utérines chez les vierges et les nullipares* (thèse de Paris, 1913).

d'un refroidissement ou d'un traumatisme direct ou de troubles vasculaires ou sécrétoires : ponte ovulaire viciée accompagnée d'hémorragies anormales et d'exsudats pelviens, exsudats qui laissent à leur suite des brides et adhérences fixant l'utérus en position vicieuse. Enfin, M^{lle} Parisse ajoute, comme l'ont démontré MM. Doléris, Richelot, Macrez, Dudley, Klépler, etc., que les causes des rétrodéviations utérines chez les vierges peuvent dépendre d'une débilité ou d'une altération tératologique ou pathologique du système nerveux périphérique ou central, déterminant au niveau du plancher pelvien le manque de tonicité musculaire, la congestion passive de l'utérus et le relâchement général des tissus.

Dans un article sur le même sujet, publié dans la *Semaine Médicale* du 4 mars 1908, M. le D^r R. de Bovis écrivait ces lignes : « Le praticien doit donc se méfier des rétroversions de jeunes filles ; elles peuvent aboutir à des conséquences fort graves et, pour le présent, elles sont parfois l'occasion de dysménorrhées extrêmement douloureuses. »

Nous n'avons parlé de cette question — la rétroversion de la jeune fille — que pour nous demander si l'on peut, pour son traitement, s'adresser au massage. Stapfer dit : « Entre le massage des vierges et des femmes, il n'y a qu'une différence : l'index qui touche est rectal et non vaginal. » Nous croyons, en effet, à l'efficacité certaine du massage dans ces cas, mais des raisons bien compréhensibles nous le feront rejeter : nous doutons fort que ce mode de traitement puisse être accepté par les familles,

Antéversion. — A quel degré peut-on considérer l'antéversion comme pathologique? Elle peut être envisagée, en somme, comme l'exagération de l'état normal, puisque l'utérus normal est en antéposition. On a dit que l'antéversion devenait pathologique si elle était stable. Que cette position soit due à un défaut d'involution utérine post-puerpérale (ou post-abortive) ou encore à une métrite, l'utérus devient plus lourd, plus gorgé de sang ; il sera maintenu en avant par son poids d'abord, par la pression abdominale ensuite. Les symptômes, parfois assez marqués, relèveront donc à la fois de la métrite chronique, de la compression exercée sur la vessie, de phénomènes congestifs, de troubles circulatoires. Le massage est ici indiqué pour calmer les phénomènes douloureux ; il s'adressera aux lésions de paramétrite, à la cellulite périvésicale qui existe souvent.

Antéflexion. — Schultze la définit : « Cette position de l'utérus dans laquelle le fond est dirigé en avant d'une manière plus stable qu'à l'état normal avec une flexion durable sur sa face antérieure ». Nous retrouverons là encore le même cortège de lésions qui accompagne toutes les déviations de l'organe : paramétrite, cellulite, adhérences, etc. Schultze a signalé un certain raccourcissement des ligaments de Douglas. Pour Pozzi, dans le cas d'adhérences postérieures produisant l'antéflexion, il faudrait voir surtout des lésions inflammatoires d'origine salpingienne. La dysménorrhée est un de ses principaux symptômes. Le massage aura donc à s'attaquer aux lésions de voisinage : cellulite,

adhérences, etc. On en notera bientôt les bons effets. L'on massera ensuite l'utérus lui-même sur sa paroi postérieure avec la pulpe des doigts de la main droite, l'organe reposant sur l'index gauche vaginal. Mais quant à la réduction elle-même, elle nous paraît un leurre. Très souvent ces utérus antéfléchis, à l'isthme allongé, sont très souples et se prêtent à tous les mouvements qu'on leur imprime : si on essaie la réduction et que brusquement la main droite cesse la pression, le fond utérin vient frapper le pubis comme une balle élastique.

Nous retiendrons de ce rapide aperçu de l'application du massage aux déviations utérines, comme règles générales, que l'on ne tentera la réduction qu'une fois les parois abdominales assouplies, que lorsque les œdèmes, les adhérences, la cellulite auront disparu ; que les ligaments auront recouvré leur souplesse, et que les annexes seront libérées ; en un mot, qu'il n'y aura plus le moindre état inflammatoire.

Prolapsus. — L'on admet que l'utérus ne joue aucun rôle dans la production du prolapsus : « il est passif ». Nous ne parlerons pas de l'allongement hypertrophique du col : il est démontré, semble-t-il, que ce n'est pas là une lésion étiologique, puisque beaucoup de prolapsus existent sans cet allongement du col qui, selon Hegar, Duplat, etc., serait, au contraire secondaire. Si l'on n'a pas accordé une grande importance au relâchement des éléments de suspension dans la production du prolapsus, une exception est faite, cependant, en faveur des ligaments utéro-sacrés

dont le relâchement jouerait, selon Schultze, un rôle de premier ordre. Mais, en fait, nous savons que la cause déterminante et de beaucoup la plus importante est le relâchement des moyens de contention; nous avons en vue le plancher pelvien sur qui repose la pression abdominale, et en particulier le muscle releveur de l'anus. C'est donc le vagin qui s'abaisse, qui attirera l'utérus en bas, si les ligaments suspenseurs utérins se relâchent eux aussi. Nous n'oublierons pas aussi que la cause plus éloignée du prolapsus réside dans le relâchement des tissus fibreux et musculaire, relâchement principalement observé chez les neuro-arthritiques. Il n'est pas rare, d'ailleurs, que le prolapsus coïncide avec la ptose d'autres viscères, et c'est ainsi que l'on pourrait, dans certains cas, en faire un symptôme de la déséquilibration abdominale, se rattachant à l'entéropiose de Glénard. On comprendra que le prolapsus, sous toutes ses formes simples ou associées, colpocèle, cystocèle, rectocèle, existe rarement sans lésions des différents organes. L'utérus augmente de volume et de poids; les vaisseaux sont dilatés, avec des stases veineuses. Quant aux ligaments, nous avons constaté leur relâchement en ce qui concerne les utéro-sacrés; les ligaments larges sont distendus et amincis. Enfin, souvent trompes et ovaires sont entraînés dans le Douglas.

Comment interviendra le massage dans cette lésion? D'après ce que nous venons d'exposer brièvement, le massage bimanuel sera tout d'abord dirigé sur les ligaments et sera destiné à reconstituer leur tonicité; on massera aussi l'utérus directement, qui est volumineux et congestionné. Enfin, il est une manœuvre

toute spéciale, dite d'élévation, qui consiste essentiellement à soulever l'utérus par le vagin, tandis qu'un aide cherche à le saisir à travers la paroi abdominale. Il est possible, comme l'affirme Thure Brandt, qu'on obtienne ainsi des résultats inespérés. Cela dépend évidemment du degré de ptose utérine, de l'état du plancher pelvien. Nous nous rappelons avoir tenté cette manœuvre avec notre ami le D^r Quincieu, mais les résultats en furent nuls, autant qu'il m'en souviennent. Outre que ce mode de réduction a l'inconvénient de ne pouvoir s'effectuer sans le concours d'un aide, on ne s'explique pas très bien comment une simple élévation, même plusieurs fois répétée, pourrait suffire à maintenir l'utérus en place et tonifier la musculature du plancher. Pour nous, nous estimons que, étant donné un faible degré de ptose vaginale et utérine, le massage aura de très bons effets en agissant sur les moyens de suspension et sur l'utérus lui-même. A un degré plus avancé, la parole est au traitement chirurgical.

§ 2. — LES TROUBLES DE LA CIRCULATION UTÉRO-ANNEXIELLE

Nous ne parlerons pas dans ce chapitre des troubles de la menstruation de la puberté. Le traitement par la kinésithérapie ou le massage général est seul applicable chez les jeunes filles. Comme nous n'envisageons dans cette étude que le massage gynécologique, nous passerons donc sous silence ces troubles menstruels chez les vierges, et nous étudierons l'aménorrhée, la dys-

ménorrhée, les ménorrhagies et métrorrhagies après la virginité, au point de vue du traitement par le massage.

Aménorrhée. — Nous éliminerons l'aménorrhée chirurgicale : sténose ou atrésie du col utérin, cicatrice vicieuse consécutive à une ulcération de la vulve, malformations congénitales, etc., etc., dans lesquelles on trouve un utérus infantile et des lésions scléro-kystiques des ovaires, et, enfin, bien entendu, l'aménorrhée physiologique de la grossesse. Nous avons donc à envisager une aménorrhée secondaire de cause générale et une aménorrhée secondaire de cause locale.

Les aménorrhées de causes générales ne nous arrêteront pas longtemps. Ce seront la chlorose, l'anémie, la tuberculose, la fièvre typhoïde, le diabète, la syphilis, le surmenage physique et moral, etc. Mais la disparition des règles peut n'être que momentanée. Chez les cardiaques, on peut observer l'alternance de l'aménorrhée et des ménorrhagies. Dans tous ces cas, surtout dans ceux liés à un mauvais état général, la suppression des causes améliorera ou guérira cette aménorrhée transitoire.

Les aménorrhées de cause génitale s'observent dans les cas de flexions utérines; elles se rencontrent dans les scléroses utérines et ovariennes; elles sont souvent en rapport avec d'anciennes salpingites, avec des tumeurs kystiques des ovaires, etc. L'on peut englober dans le terme d'aménorrhée l'irrégularité des règles et la ménopause précoce. Pour Stapfer, la suppres-

sion des règles ou leur insuffisance sont le résultat de l'hypotension vasculaire; l'afflux sanguin est insuffisant pour provoquer l'écoulement.

Comment pratiquer le massage? Que l'on explore soigneusement la cavité vaginale, que l'on se rende compte de l'état des ovaires, de la situation de l'utérus; s'il n'existe aucun foyer inflammatoire, aucune tumeur, on fera le massage utérin. Ce massage, au bout de quelques semaines, stimulera la circulation utérine, ce dont on s'apercevra par l'augmentation progressive de l'organe.

Dysménorrhée. — On l'a définie « une menstruation difficile ». La dysménorrhée est essentiellement caractérisée par les difficultés exagérées et l'irrégularité de la fonction menstruelle. M. Félix Marsan a publié, il y a quelques années, une excellente monographie sur ce sujet, dans la *Gazette des Hôpitaux*; nous lui ferons plusieurs emprunts. La dysménorrhée, pour certains auteurs, était une entité morbide. L'on distinguait une dysménorrhée essentielle, idiopathique ou symptomatique. D'autres, comme Courty, Aran, Bernutz, décrivaient une dysménorrhée nerveuse, congestive, mécanique et membraneuse. Pour la plupart des gynécologues modernes, c'est un syndrome clinique symptomatique d'affections très variées. A ce point de vue, nous pouvons distinguer une dysménorrhée d'origine annexielle et une dysménorrhée utérine.

a) **DYSMÉNORRHÉE ANNEXIELLE.** — Elle peut reconnaître une origine ovarienne : ce sont des altérations telles qu'un développement incomplet, une sclérose

atrophique, la dégénérescence scléro-kystique ; ou une origine salpingienne. On aura de la dysménorrhée dans la salpingo-ovarite avec hydro-, hémato- et pyosalpinx, mais ce sont surtout « les lésions chroniques qui produisent des brides péritonéales, compriment la trompe et l'ovaire, les luxent dans une mauvaise position, et, enfin, les atrophient, qui interviennent de préférence dans les troubles de la menstruation. Ces lésions sont parfois anciennes. Elles agissent soit par une action réflexe du côté de l'utérus, soit par une contraction douloureuse dont la trompe peut elle-même être le siège ».

Parmi les causes annexielles, on peut encore ranger les dysménorrhées survenant à la suite des lésions du paramétrium : phlegmon, tumeur, foyer hémorragique ou purulent.

b) DYSMÉNORRHÉE D'ORIGINE UTÉRINE. — Notons les tumeurs diverses de l'utérus ; les sténoses du col congénitales ou acquises et nous arrivons à l'une des causes les plus fréquentes de dysménorrhée, les flexions utérines, et surtout l'antéflexion, d'après Pichevin, quoique, d'après nous, elle se rencontre très souvent dans les rétroflexions fixées et même dans les rétroversions.

A côté de ces deux formes principales Siredey décrit une dysménorrhée nerveuse : mais il nous semble que cette forme n'est et ne peut être que secondaire, résultat sur le système nerveux des douleurs occasionnées par une des causes citées plus haut. On a décrit aussi une dysménorrhée membraneuse, constituée par l'exfoliation et l'élimination de la muqueuse utérine. Le professeur Pozzi la considère comme étant due à une

endométrite exfoliante. Pour Gallard, elle est le résultat de la métrite chronique ; Burnes la fait de cause inflammatoire. Pour Doléris, cette affection n'a aucune relation avec le processus inflammatoire, et c'est parmi les fausses métrites qu'elle trouve sa place, et il ne voit dans la dysménorrhée membraneuse qu'une sorte de trouble de la nutrition générale. Quoiqu'il en soit, l'on est d'accord sur ce point, c'est que cette dysménorrhée est, de toutes les variétés, la plus grave et la plus rebelle. Disons quelques mots encore sur une autre forme : la dysménorrhée congestive, qu'on a appelée aussi pléthorique, vasculaire, sanguine, et est caractérisée par la congestion intense qui existe non seulement dans la sphère génitale, mais même dans les autres organes. Chez ces femmes, le toucher vaginal est douloureux, on trouve de l'empâtement des culs-de-sac et parfois les doigts ont la sensation de battements : ce dernier signe est fréquent. Les règles font cesser les symptômes de douleur. Ajoutons que la dysménorrhée congestive se rencontre aussi chez les malades en puissance de fibrome, et dans le cas de sclérose de l'utérus.

On voit de quelle importance, au point de vue du traitement rationnel à constituer, est le diagnostic différentiel. Aussi le palper et le toucher combinés ont-ils un rôle de premier ordre dans la recherche des signes physiques de l'affection. Donc exploration méthodique du col, du corps utérin, des culs-de-sac. M. Félix Marsan propose une division un peu artificielle peut-être, mais très simple. La douleur apparaît-elle avec les règles ? il y a obstacle mécanique et c'est au niveau de l'utérus surtout que l'attention doit être fixée. On

pourra rencontrer soit une bride, un bourrelet cicatriciel du vagin, un fibrome (surtout avec métrorrhagie), soit un cancer du col, soit une rétroflexion ou une antéflexion, soit enfin — mais ici le diagnostic est difficile — une atrophie de l'utérus, une sténose du col. La douleur précède-t-elle les règles et cesse-t-elle avec l'écoulement des premières gouttes de sang ? la dysménorrhée sera due à un réflexe parti des annexes. On aura affaire aux lésions chroniques des annexes, à un prolapsus de l'ovaire dont les deux symptômes constants appelés par les anglais : *lyschezia* et *dyspareunia*, sont la douleur pendant la défécation et pendant le coït ; enfin, si l'examen ne révèle rien, il s'agit alors de troubles que M. Dalché attribue à l'hypovarie, à l'insuffisance ovarienne. Dans quels cas le massage sera-t-il applicable ? Tout d'abord dans les cas de déviations avec flexion. Nous avons vu que ces accidents de la statique utérine provoquaient fréquemment la dysménorrhée. Un massage méthodique et patient, en remettant toutes choses en place, supprimant la cause, supprimera l'effet. Le massage pourra s'adresser également aux lésions chroniques des annexes avec brides péritonéales. Nous avons vu ces lésions comprimer la trompe et l'ovaire, les déplaçant et les fixant en mauvaise position ; il est rare que les annexes ne soient pas immobilisées par de gros œdèmes, de gros empâtements : le massage fera fondre ces œdèmes, libérera les annexes. Il interviendra avec succès enfin dans ces dysménorrhées rebelles à toute thérapeutique, où l'étiologie est obscure, et où parfois — pas toujours — les résultats sont inattendus.

Ménorrhagies et métrorrhagies. — Question des plus complexes, surtout au point de vue pathogénique. C'est ici le lieu d'exposer brièvement la théorie du « molimen », telle que Stapfer l'a décrite. Parlant de la marche de la menstruation normale, il énumère les phénomènes suivants :

1° Les retards, les suppressions, les avances de règles, leur insuffisance ou défaut d'équilibre entre la congestion et l'écoulement, représentent un état sub-pathologique qui prédispose aux affections génitales.

2° L'état pathologique ou sub-pathologique entraîne l'apparition d'un second molimen chaque mois. Toute femme généralement atteinte ou menacée a deux molimens.

3° Les molimens sont caractérisés probablement par une vaso-dilatation locale, certainement par des œdèmes mous, pâteux ou durs des tissus conjonctifs.

4° Le premier molimen commence vers le huitième jour après le premier jour des règles. Il est fruste ou hémorragipare. Quand il est fruste, les œdèmes persistent. Ils disparaissent quand il est hémorragipare.

5° Le second molimen commence le vingtième jour. Il aboutit aux règles.

Les règles de quinzaine, les règles avancées, prolongées, les flux sanguins se transformant en pertes profuses, continues, sont dénommées avec Aran : congestion hémorragipare. D'autres fois, quand la menstruation est retardée, le molimen congestif paraît à la date réglementaire, seul l'écoulement est retardé : congestion fruste. Congestion fruste traînant à sa suite quantité de troubles réflexes, accidents nerveux,

œdèmes génitaux douloureux, etc. C'est là ce que les femmes qui s'observent nomment « la mauvaise période, la période noire ».

C'est à ce moment que l'on constate l'aggravation de certaines affections ; c'est le moment où les rétroversions subissent une exacerbation, où les trompes et les ovaires s'œdématisent (et nous verrons plus loin la vérité de cette constatation), où les ligaments se contractent douloureusement, où les poussées furonculaires prospèrent. « L'existence du molimen intercalaire, écrit Stapfer, me suggère toujours l'idée d'une altération utéro-annexielle, petite ou grosse. C'est le signe de la chronicité débutante ou installée et pour le moins de troubles circulatoires qu'il importe de traiter. » Ce serait ici le lieu d'exposer la théorie des « vagues utéro-ovariennes » de Stapfer, et des quatre stades successifs et alternatifs mensuels, deux d'engorgement et deux de dégorgement correspondant à la maturation du follicule de de Graaf et la maturation du corps jaune. Nous renvoyons pour l'étude de cette question au mémoire de Stapfer.

Qu'il nous soit permis toutefois de faire remarquer que cet auteur nous semble avoir vu juste, puisque aujourd'hui la question de l'origine ovarienne des hémorragies génitales est à l'ordre du jour. Il ne sera pas sans intérêt de nous arrêter quelques instants sur ce sujet fort bien présenté par M. Arrivat, interne des hôpitaux de Montpellier, dans la *Gazette des hôpitaux* du 25 juillet 1914. Voici son exposé de la théorie ovarienne des hémorragies génitales. L'hémorragie menstruelle normale est un phénomène conditionné par la sécré-

tion interne de l'ovaire. La plupart des troubles de cette fonction, mis à part bien entendu les troubles mécaniques dus aux malformations, sont des troubles de la fonction ovarienne. Il y a des troubles hypo : ce sont les règles insuffisantes ou même absentes des affections qui ont détruit la glande à sécrétion interne de l'ovaire. Il y a des troubles hyper : ce sont justement les hémorragies anormales, métrou ou ménorragie. Il y a des troubles para : ce sont les règles irrégulières ou douloureuses, dépendant de phénomènes d'ataxie ovarienne (Jayle). Comme bases anatomo-pathologiques de la théorie ovarienne, l'auteur, d'après le travail de Forgue et Massabuau, déclare que la pathogénie ovarienne des hémorragies génitales repose sur un fait patent : l'hyperplasie du tissu qui constitue la glande à sécrétion interne de l'ovaire, ou la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire. Nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans les détails de son argumentation, mais il montre en somme que l'ovaire est le facteur principal de beaucoup d'hémorragies génitales et il doit cette action à la dégénérescence microkystique qui a la valeur d'une hypertrophie glandulaire.

Quel est maintenant le caractère de ces hémorragies ? « Les hémorragies de l'ovarite scléro-kystique sont d'abord ménorragiques, puis intermenstruelles, puis presque continues ou séparées par des intervalles de quelques jours » (Bouilly). Les hémorragies d'origine ovarienne sont des menstruations excessives ; au bout de quelques années apparaissent les manifestations intermenstruelles qui peuvent affecter trois

types : métrorragique, douloureux ou leucorrhéique ; et nous voici revenus à la congestion hémorragipare et à la congestion sèche ou fruste de Stapfer. Les variétés cliniques de ces hémorragies peuvent être classées en métrorrhagies vaginales, métrorrhagies de la ménopause, hémorragies des métrites et salpingo-ovarites, hémorragies d'origine ovarienne au cours de la dégénérescence fibromateuse de l'utérus.

A propos des métrorragies des fibromes, M. Arrivat remarque que la ménopause exerce une influence marquée sur ces tumeurs. A cette période de la vie génitale, le fibrome régresse souvent et termine son évolution comme après castration : « Comme il a présidé au développement du fibrome, l'ovaire a fait les frais de ses manifestations les plus importantes et lorsque, atrophie, il aura cessé de sécréter son hormone, le fibrome aura terminé le cycle de ses manifestations. »

On nous excusera de nous être un peu étendu sur cette question de l'origine ovarienne des hémorragies, question intéressante au plus haut point par le diagnostic qu'elle exige et par la thérapeutique qui en découle. Mais ce n'est point là l'unique origine des hémorragies génitales. On tend à attribuer à ces troubles de la sécrétion ovarienne les métrorrhagies idiopathiques, *sine materia* de la puberté et de la ménopause. Mais, à côté, n'oublions pas les causes générales, telles que les altérations du sang, certaines intoxications et les affections du cœur (rétrécissement mitral), du foie, des reins, etc. Ajoutons la chlorose, la tuberculose au début, les fièvres éruptives. Parmi les causes

locales, il nous faudrait citer à peu près toutes les maladies de l'utérus et des annexes.

Nous venons d'examiner cette séduisante théorie ovarienne qui nous paraît bien établie par les faits ; mais faut-il condamner la vieille théorie de la congestion utérine ? Divers auteurs (Dolérís, Richelot, Siredey) estiment qu'un grand nombre de troubles fonctionnels ne s'accompagnent d'aucune lésion importante des organes génitaux et ne paraissent liés à aucun processus infectieux. Il existe une congestion secondaire liée à des causes locales ; toutes les affections de l'utérus et des annexes provoquent des phénomènes de congestion utérine : métrites (métrite parenchymateuse dont le processus hypertrophique se développe sous l'influence de poussées congestives qu'on a mises sur le compte du neuro-arthritisme) ; corps fibreux, polypes, tumeurs malignes, tuberculose, etc. Mais il existe aussi une congestion utérine primitive « essentiellement constituée par un éréthisme vasculaire analogue à celui qui précède chaque époque menstruelle ; la perte de sang peut manquer : c'est une véritable congestion sèche ; dans d'autres cas, la congestion prend la forme hémorragique... les congestions retentissent d'une manière plus ou moins accentuée sur les divers organes abdominaux... Cet éréthisme répété ou prolongé de l'utérus prédispose les malades à la sclérose utérine et à l'hypertrophie » (Siredey). Et nous voici encore revenu à notre point de départ : congestion fruste, congestion hémorragique.

Le massage rendra de grands services aux malades : il sera dirigé contre la métrite-salpingite, les déviations,

les fixations, les œdèmes douloureux. Nous connaissons son action sur la circulation pelvienne : il favorisera la vaso-constriction, empêchera les stases. Il sera léger et bref, entrecoupé de nombreuses pauses : on n'exercera jamais de pressions. Il faut, dès qu'on le pourra, masser individuellement les organes. Pour l'utérus rétroversé, il faut le réduire, pour que le massage soit efficace : le massage des trompes et des ovaires se fera par simple effleurage et toujours sans force.

§ 3. — LA CELLULITE ABDOMINO-PELVIENNE

Nous abordons ici l'un des chapitres les plus discutés de la gynécologie ; le mot de *cellulite* n'est pas neuf. Simpson, en 1872, parle de la cellulite pelvienne (*on pelvic cellulitis*). Tous les Traités de Gynécologie décrivent « la cellulite pelvienne diffuse ». Mais Stapfer l'emploie un peu spécialement pour « synthétiser en une seule appellation les modes et degrés divers d'une même manifestation pathologique dont le principe est l'altération du tissu conjonctif, altération chronique, rarement aiguë, et dont les étapes aboutissent à la sclérose. » Cet auteur réunit sous la rubrique *cellulites*, tous les œdèmes mous et durs du tissu cellulaire pelvi-abdominal. Entrent ainsi dans la famille des cellulites : les phlegmons, exsudats, périsalpingites, périopphorites, paramétrites, hyperplasies, plastrons, etc. C'est, en somme, ce que Pozzi appelle la périméto-salpingite.

De cette nomenclature, il faudrait extraire précisé-

ment ce que classiquement l'on nomme « la cellulite pelvienne diffuse », forme extrêmement grave et presque fatalement mortelle. Voilà le danger des mots. Pour nous, cellulite est synonyme d'œdème, d'empâtement, d'induration, de noyaux... Pozzi décrit une « périméto-salpingite séreuse », sorte d'infiltration œdémateuse avec noyaux inflammatoires. « L'œdème inflammatoire intermittent autour des annexes malades ne saurait être contesté. L'observation directe l'a démontré, et l'induction autorise à l'invoquer, dans le cas où des masses volumineuses apparaissent et disparaissent en quelques jours sur les côtés de l'utérus... A côté de cette périsalpingite séreuse, il faut placer la périmétrite séreuse. Il est des cas, en effet, où l'œdème inflammatoire se produit à la base du ligament large » (Pozzi).

Dans son mémoire de 1893, *Cellulite et myo-cellulite localisée douloureuse*, Stapfer fait également observer que, dans toute affection gynécologique, le tissu conjonctif s'infiltré de sérosité ou de lymphé plastique formant des tuméfactions et indurations dont l'origine commune est la congestion chronique et passive. Pozzi écrit à son tour : « A cet œdème inflammatoire du tissu conjonctif sous-péritonéal se joint parfois une sécrétion de sérosité entre les fausses membranes autour des annexes et en particulier dans le cul-de-sac de Douglas... Tel est le premier degré de l'inflammation autour de l'utérus et de ses annexes... C'est aussi à ce type clinique très défini que se rapportent les paramétrites circonscrites et larvées qui ont été invoquées pour expliquer le relâchement ou la rétraction des ligaments

de l'utérus » (Schultze). Nos deux auteurs nous paraissent d'accord sur ce point.

En 1898, Geoffroy Saint-Hilaire reproduit expérimentalement les œdèmes mous, faisant ainsi la démonstration anatomo-histologique de la cellulite. Le même auteur retrouve sur plusieurs cadavres les rétractions, les déformations ligamentaires, lésions cellulitiques secondaires qui accompagnent l'œdème... « L'œdème cellulitique, stade préscléreux, dissocie les fibres musculaires des vaisseaux et des ligaments. Il produit dans les fibres lisses les indurations et contractures dont un exemple tangible est fourni par la rigidité de l'orifice cervical des parturientes, qui n'aurait d'autre cause que l'œdème du tissu interstitiel » (Wallich). En 1908, Wetterwald fait de la cellulite la source de la plupart des névrites et névralgies qualifiées *sine materia*. Dans sa thèse de Lyon, en 1910, notre ami Jean Reynaud démontre que certains troubles gastriques relèvent de cellulites pelviennes et de rétroversions adhérentes.

« Définie d'après sa nature, la cellulite est un œdème qui, d'abord mou et fugace, distend les mailles du tissu connectif, puis dur, coriace, et alors persistant, forme des infiltrats ou exsudats. Il y a de gros œdèmes qui emprisonnent et rendent indélimitables les organes du bassin, à la façon d'un aimant. Il en est de petits qui tenaillent en les pinçant les filets nerveux. » Aran écrivait : « On trouve fort souvent dans l'anneau celluleux qui embrasse le col de l'utérus, plus rarement dans les ligaments larges, des épaisissements et des indurations qui peuvent, après la mort, perdre de leur consistance au point qu'il est difficile de les découvrir. Ce sont des

infiltrations de lymphes plastique ou de sérosité, déposées dans les mailles, ou de simples indurations avec noyaux fibro-plastiques. »

Quelle est l'étiologie de la cellulite ? Ce sont les congestions génitales pathologiques, répond Stapfer, qui créent, entretiennent, aggravent la cellulite. La phlébectasie habituelle est son principe. Geoffroy Saint-Hilaire a retrouvé sur plusieurs cadavres les rétractions, les allongements, les déformations ligamentaires, lésions cellulitiques secondaires qui font partie des signes de l'affection, et a souvent observé autour des trompes, des épaisissements considérables du tissu conjonctif, tandis que la trompe était peu augmentée de volume. Ces proliférations conjonctives résultent d'anciens œdèmes.

Quel est le siège, quelles sont les variétés de la cellulite ? La cellulite se trouve sous la peau, c'est la panniculite ; elle peut être utérine, annexielle, périutéro-annexielle, périurétro-vésicale, ligamentaire. Quels en sont les signes ? Ce sont : l'œdème, la douleur, la pesanteur, les variations de température. L'œdème est le signe pathognomonique ; il est assez variable selon les variétés. Nous l'étudierons plus loin au chapitre des Salpingites et des altérations ligamentaires. La douleur est spontanée ou provoquée ; « lourde ou lancinante, elle est provoquée par les mouvements, les secousses, les cahots ; pressions du corps, chocs du col utérin, étirements de l'appareil suspenseur... La douleur de la cellulite périurétro-vésicale a pour caractère une énervante gêne avec ou sans cuisson et de continuelles épreintes suivies de l'émission d'urine par gouttes...

Dans la cellulite pariétale abdominale, la sangle des muscles atteints de myo-cellulite est douloureuse. La douleur est provoquée par le poids et le tiraillement des habits. »

La pesanteur est un signe commun à toutes les variétés. Quant aux variations de température, les malades atteintes de cellulite sont vouées aux troubles vaso-moteurs et notamment à la vaso-constriction habituelle des extrémités. Comment faire le diagnostic de la cellulite? Ce qu'il faut bien connaître, c'est que tous les symptômes que nous venons de décrire si rapidement s'exaspèrent au moment des deux molimens. Il en résulte qu'il est presque obligatoire d'avoir suivi une malade déjà depuis quelque temps pour pouvoir ne point s'alarmer de ces symptômes et les rapporter à leur vraie cause. Pour qui connaît bien la forme appelée douglassite, par exemple, il n'y a pas d'erreur possible. Si cependant nous nous trouvons en présence d'un gros œdème, le diagnostic en sera fait avec le phlegmon, la salpingite purulente, la grossesse ectopique. C'est ici le lieu de faire remarquer que ces grosses lésions de cellulite ont reçu des appellations différentes. Les Allemands et le Dr Boucart les ont dénommées : exsudats, infiltrations plastiques. « Les inflammations pelvi-génitales peuvent artificiellement se diviser en deux grandes catégories, les infiltrations plastiques des différentes couches du tissu cellulaire para- et péri-utérin, et les exsudats formés à la surface du péritoine, autour de l'utérus et des annexes et dans les culs-de-sac de la séreuse » (Boucart). Cet auteur a classé, comme suit, ces œdèmes ou exsudats :

1° Exsudat latéral, diffusant dans le tissu cellulaire rétro-cervical ;

2° Exsudat à développement intraligamentaire, se développant du côté des fosses iliaques ;

3° Exsudat situé dans le tissu cellulaire rétro-cervical, diffusant vers le haut sous forme de brides dans le Douglas ;

4° Exsudat situé dans le tissu cellulaire précervical ;

5° Exsudat situé dans le tissu cellulaire paravésical.

Nous abordons maintenant un point délicat, celui du traitement à appliquer à ces lésions. Nous n'hésitons pas une seconde à déclarer que le massage est ici le traitement de choix. Il permet d'ôter le masque à certaines lésions en faisant fondre l'œdème qui les enveloppe. Mais il faut masser avec une extrême prudence. S'il s'agit d'un utérus gros, avec un œdème mou ou dur accompagnant fréquemment les rétrodéviations, le massage direct sur la lésion fera disparaître l'œdème et l'empâtement et permettra une réduction facile. Nous nous occuperons des annexes et des ligaments dans les chapitres suivants. Les manœuvres n'ont ici rien de particulier : on emploiera contre la cellulite intrapelvienne outre les frictions circulaires, les effleurages et les vibrations.

Tout ce que nous venons de dire s'applique aux formes chroniques avec parfois des poussées subaiguës. Arrêtons-nous un moment sur la question si controversée de la forme aiguë, avec pelvi-péritonite. Il est indubitable qu'il faut s'abstenir ; c'est là une contre-indication formelle. Stapfer dit bien qu'au début des accidents pelvi-péritoniques, il faut suspendre ou ne

pas entreprendre le traitement, mais qu'aussitôt que le ventre peut supporter de légères pressions, l'on peut reprendre la cure de massage. Nous avouerons simplement notre incompetence sur cette question. Stapfer écrit lui-même que « le pus peut se collecter rapidement ». Nous croyons sage de recourir dans ce cas aux moyens classiques, au repos au lit, à la glace sur le ventre, et de n'entreprendre le massage qu'une fois la lésion refroidie. La méthode kinésique a un champ assez vaste d'indications, elle peut soulager ou guérir un assez grand nombre d'affections génitales pour ne pas s'aventurer un peu témérairement sur un terrain peu sûr. Nous sommes convaincu, nous le répétons encore, de l'efficacité de ce mode de traitement; il est inutile de l'exposer à des critiques qui, en l'espèce, nous paraîtraient fondées. Laissons-donc toutes les lésions aiguës, avec leur cortège de frissons, fièvre, réactions péritonéales, suivre leur cours habituel : le massage est là pour compléter la guérison.

§ 4. — LA MÉTRITE ET LA SALPINGO-OVARITE

Titre sans doute un peu prétentieux, et trop vaste pour les quelques indications qui vont suivre : mais nous ne l'avons mis là que pour la commodité de la classification. On nous pardonnera les redites obligatoires. Nous sommes, en effet, dans la nécessité, dans ce paragraphe, de reparler de cellulite, d'œdème, d'empâtement, secondaires à une métrite ou une salpingite ; or, c'est spécialement contre ces lésions que le mas-

sage est dirigé. Il ne nous appartient pas de discuter ici la pathogénie et l'étiologie des métrites; c'est là un des chapitres les plus considérables de la gynécologie. La métrite est essentiellement l'inflammation de l'utérus, et l'on est d'accord aujourd'hui pour considérer les métrites comme des maladies infectieuses, d'origine microbienne dont les deux agents principaux sont le streptocoque et le gonocoque. Cependant, il est certaines affections utérines pour lesquelles on ne peut pas toujours déceler une infection réelle; affections paraissant relever de troubles vasculaires, de désordres nerveux ou trophiques. Ces états pathologiques, résultat de simples troubles de nutrition, nerveux ou vasculaires et correspondant à la vieille théorie de l'engorgement, de la congestion utérine, de l'hyperplasie, ont été dénommés fausses métrites par Doléris et Richelot. « La congestion ulérine, la sclérose hypertrophique qui en est la conséquence sont assurément très fréquentes, et je suis convaincu avec M. G. Richelot qu'il s'agit là de phénomènes dystrophiques indépendants de tout processus infectieux » (Siredey). Ce qu'on a appelé « fausses métrites » ne sont « que des congestions parfois physiologiques, mais dont l'assaut répété et aggravé quand les troubles d'évolution du follicule et du corps jaune se mettent de la partie, aboutit à la pathologie, c'est-à-dire à notre cellulite préscléreuse » (Stapfer). Parmi ces pseudo-métrites, nous nous arrêterons un instant sur ce que l'on a appelé la métrite parenchymateuse, et que quelques auteurs décrivent sous le nom de sclérose utérine. Ici, l'utérus est augmenté de volume de par l'épaississement

de ses parois musculaires. Mais cet état, s'est-on demandé, est-il toujours inflammatoire? Dans la subinvolution utérine, la nature des lésions a été discutée à cause des troubles nutritifs variables, congestion, œdème, etc., que l'on constate. Parfois, les lésions des couches musculaires s'observent dans les hypertrophies qui accompagnent les déviations et les prolapsus. Ces lésions sont-elles inflammatoires, ou sont-elles dues à de simples troubles trophiques? « Le processus hypertrophique se développe sous l'influence de poussées congestives, imputables au neuro-arthritisme par un travail analogue à ce qui se passe chez l'homme du côté de la prostate, les gros utérus ne se rencontrent pas seulement chez les multipares, mais chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants, dont les organes génitaux n'ont jamais-été malades, et même chez des vierges » (Siredey). Ce que nous venons d'exposer n'est pas une pure digression. A côté de cette métrite parenchymateuse, et l'infection par le streptocoque ou le gonocoque étant mise à part, l'on a décrit toute une série de variétés de métrites et entre autres la métrite hémorragique, par exemple. Or, nous avons vu, dans un chapitre précédent, l'origine ovarienne indiscutable de nombre d'hémorragies. Pourquoi alors ce mot de « métrite » et quel sens peut-on lui attribuer? Et la métrite exfoliatrice, par exemple, n'est-elle pas autre chose que la dysménorrhée membraneuse? N'est-il alors pas raisonnable de ne point rejeter absolument la vieille théorie de la congestion et, comme le veut Richelot, de l'arthritisme? Si l'on jette les yeux sur une planche anatomique représen-

tant la circulation abdomino-pelvienne, on est frappé de la surcharge du réseau artériel et surtout du réseau veineux. Cela n'explique-t-il pas l'influence pathogénique des vaso-dilatations, et l'efficacité du massage qui diminue ou supprime les stases ? Ne peut-on comprendre de cette façon comment ce traitement a son indication nette dans certains cas de métrites ? Et n'oublions pas que ces utérus gros et lourds ne vont pas sans s'accompagner d'œdème, de cellulite diffuse : le massage en aura raison. Dans les formes chroniques de métrite catarrhale, blennorragique, il aura aussi ses indications. Directement massé, l'utérus videra son appareil glandulaire. Evidemment, il ne faut pas compter sur des miracles ; c'est ici surtout que patience et persévérance sont nécessaires et nous avouons que le médecin lui-même perd souvent courage devant des lésions qui s'éternisent ; car ces écoulements muqueux ou muco-purulents, s'ils disparaissent souvent, sont parfois tout à fait rebelles.

Nous avons, par une division un peu artificielle, séparé la métrite de la salpingite. Ce que nous venons de dire du massage des métrites s'appliquera point par point au traitement des salpingites. Examinons quelques points particuliers. Les trompes et les ovaires sont comme l'utérus sujets à des déviations, à des ptoses. La déviation annexielle accompagne souvent les rétrodéviations utérines : dans ce cas, l'on sentira la trompe prolabée œdématiée, flexueuse, tantôt appliquée sur la concavité sacrée, tantôt dans le cul-de-sac de Douglas, d'un volume assez variable suivant le degré de congestion de l'organe. Elle présente des

bosselures, des nœuds qu'il faut avoir soin de distinguer de petites boules fécales. Pour l'ovaire, il est très mobile, mais peut se trouver fixé; cette fixation serait plus fréquente, pour Stapfer, près des symphyses sacro-iliaques, sur le bord ou au-dessus des replis de Douglas et contre les flancs de l'utérus. Nous verrons les indications du massage dans ces cas de ptoses ou dislocations des trompes et des ovaires.

Nous savons que les infections utérines sont la source ordinaire des inflammations annexielles. Cependant, à côté de cette origine utérine, il faut signaler les salpingites d'origine intestinale provenant de lésions intestinales, telles que fièvre typhoïde et entérite. Enfin, n'oublions pas les rapports de l'appendicite et de l'annexite droite. Des études consacrées à cette question, il ressort qu'il y a ou peut y avoir entre l'appendice et la trompe malade des adhérences favorisant, par l'intermédiaire des lymphatiques, le passage vers la trompe de microbes issus de l'intestin. Mentionnons encore parmi les causes de la salpingite, la tuberculose, dont nous nous occuperons au chapitre des Contre-Indications.

Telle est l'étiologie classique des salpingites. Revenant en arrière et en nous reportant au chapitre de la Cellulite abdomino-pelvienne, nous devons exposer comment Stapfer envisage ces diverses lésions. En 1893, faisant observer « que, dans toute affection gynécologique, le tissu conjonctif s'infiltré de sérosité ou de lymphé plastique, formant des tuméfactions et des indurations...; que les traités classiques ont varié à l'infini le nom de ces infiltrats : exsudat en Allemagne,

phlegmon en France, périsalpingite, paramétrite, annexite, etc. », il réunit en une seule famille, celle des œdèmes, toutes les affections prétendues distinctes qui encombrant la nomenclature gynécologique. Pour lui, l'oophorite, la périophorite, l'hyperplasie ovarienne, la salpingite, la périsalpingite sont réunies sous la dénomination unique de cellulite annexielle ; le phlegmon et les exsudats sous celle de cellulite péri-utéro-annexielle ; la paramétrite devient pour lui de la cellulite ligamentaire. Quelle est la marche de l'évolution de ces affections ? La métrite étant installée, l'infection se propage par contiguïté des muqueuses jusqu'à formation d'une endo-salpingite. A ce moment s'installe la cellulite sous forme d'*œdèmes mous*, utérins, salpingiens, ovariens et ligamentaires. Les *œdèmes durs* ne se forment que sous l'influence de l'état chronique. Comme signes de la cellulite annexielle, nous trouvons des ovaires et des trompes œdématisés délimitables, l'ovaire doublé ou triplé, souvent prolabé ou collé à la corne utérine ; les trompes tuméfiées ou prolabées en paquet dans le cul-de-sac postérieur. Les signes de la cellulite périviscéro-annexielle sont les suivants : tuméfactions de tous volumes, englobant l'utérus, les trompes et ovaires, de consistance variable : on trouve des œdèmes mous ou durs, les vaisseaux dilatés, contractés, oblitérés, des épaisissements conjonctifs, pré-sclérose, sclérose. Telle est, en quelques lignes, la conception de Stapfer. Nous ne discuterons pas ces idées, cela ne rentre pas dans le cadre de ce travail : mais, en nous contentant de les exposer et sans préjuger de la valeur de cette classification nouvelle, il est

certain — mettant à part l'état aigu de toutes ces lésions — qu'en pratique, c'est souvent sous cette forme d'une très grande fréquence — empâtements, organes mal délimités, œdèmes, prolapsus des trompes et des ovaires, ligaments relâchés ou contractés, cellulite douloureuse, — que l'on observe et que se présentent ces lésions à l'état subaigu et surtout chronique.

Nous pouvons comprendre que le massage sera d'une réelle efficacité dans un grand nombre de ces lésions. Il est entendu que, dans les formes aiguës franches, où les manifestations péritonitiques dominant la scène, il ne saurait en être question. Dès que la crise aiguë est calmée et que tout danger de péritonite est écarté, peut-on entreprendre la cure de massage? Stapfer répond par l'affirmative, à condition d'intervenir avec une extrême prudence. Le grand danger est la présence du pus : aussi, mieux vaut attendre, plutôt que de s'exposer à un accident. Nous avons dit, dans l'Introduction à ce travail, que le massage était une méthode appelée à rendre les plus grands services dans le traitement des maladies des femmes; ces indications sont nettes à nos yeux : il ne faut pas qu'il soit la cause d'accidents toujours possibles. Nous le réserverons donc aux lésions refroidies : nous masserons les œdèmes, les adhérences si fréquentes dans toutes les formes des salpingo-ovarites : adhérences légères et molles de la salpingite catarrhale, adhérences épaissies de la salpingite chronique parenchymateuse; nous masserons, par effleurage, les trompes prolabées « semblables à de gros macaronis cuits » ou noueuses, bosselées, flexueuses. Au bout de quelque temps, les

œdèmes fondront, les adhérences se ramolliront; les organes se libéreront et reprendront leur consistance physiologique, à moins de sclérose ou de dilatation kystique. Si une intervention chirurgicale était toute-fois indiquée, notre temps et notre peine n'auront pas été perdus, car nous offrirons au bistouri du chirurgien des organes libérés de tout œdème, de toute adhérence.

§ 5. — BRIDES, ADHÉRENCES ET ALTÉRATIONS LIGAMENTAIRES

Ici encore, nous serons obligé à des redites : nous avons, en effet, dans les chapitres antérieurs, indiqué ces lésions à propos des déviations utérines ou annexielles, des salpingites, etc. Nous les étudierons un peu plus en détail dans ce paragraphe.

Les brides, les adhérences, les soudures d'organe à organe, les indurations, rétractions, contractures ou relâchements des ligaments se rencontrent à chaque instant dans l'étude des affections gynécologiques. Stapfer rattache à la cellulite les altérations des ligaments, altérations qui se traduisent par l'immobilisation de l'utérus et des annexes. Il insiste sur la nécessité de faire le diagnostic entre l'état simplement cellulitique des ligaments et les adhérences inflammatoires vraies. La cellulite ligamentaire détermine, en effet, des contractures fibrillaires, des rétractions qui simulent à s'y méprendre de véritables adhérences fibreuses, des cordes rigides, œdémateuses, sans élasticité (Stapfer). Par le palper-massage, il faudra constater

l'état des ligaments de Douglas. Par l'interrogatoire, l'on saura si, à une certaine époque, il y a eu des accidents pelvi-péritonitiques, et, par suite, si l'on a affaire à des adhérences. Dans le cas de fixation de l'utérus, cette fixation peut être définitive ou temporaire; si elle est définitive, on se trouve en présence soit d'une rétraction par sclérose ligamentaire, soit de soudure par adhérences de la séreuse; c'est le cas envisagé ci-dessus; cette fixation est due à des accidents inflammatoires aigus. Si elle n'est que temporaire, c'est qu'il n'y avait que de l'infiltration, de l'œdème des ligaments avec contracture de leurs fibres musculaires qui ne reconnaît d'autre cause que la cellulite, cellulite que quelques séances de massage feront disparaître.

Cette disparition fera le diagnostic : on avait sous les doigts une pseudo-adhérence, et Stapfer, auquel il faut toujours revenir, en conclut : « Quand vous constaterez l'immobilisation utérine, pensez toujours à la déformation ligamentaire (rétraction, contracture, infiltration). Elle est plus fréquente que l'immobilisation par soudure ou adhérence et souvent confondue avec elle. » De son côté, Bourcart écrit : « Il y a deux genres de fixations; les unes formées par des brides solides et des adhérences, suites d'exsudats péritonitiques; les autres uniquement par la *contracture* des fibres musculaires lisses, situées dans l'appareil suspenseur utérin, c'est-à-dire par la rétraction active d'un ou plusieurs ligaments; cette rétraction, niée par certains auteurs, peut bien être quelquefois secondaire à l'infiltration plastique du tissu cellulaire pelvien, par sclérose et rétraction cicatricielle; mais ces contractures peuvent se

produire sans lésions proprement dites, par l'activité des fibres lisses, irritées par un agent infectieux ou uniquement par voie nerveuse réflexe; elles cèdent, en général, facilement aux manœuvres de massage. Les rétractions cicatricielles seront plus longues à faire disparaître..., avec l'amélioration de la circulation pelvienne, la souplesse de l'appareil suspenseur pourra se rétablir; malheureusement l'infiltration cellulaire et l'infection sont les ennemis jurés de la fibre musculaire lisse et, quand la maladie est de date ancienne, il est difficile de ramener les ligaments à leur tonicité normale. »

Passons rapidement en revue les affections gynécologiques dans lesquelles les ligaments sont plus ou moins modifiés. Et d'abord les déviations utérines. Dans l'antéversion, on a noté la rétraction des ligaments de Douglas et même leur contracture; dans l'antéflexion leur raccourcissement par suite de la paramétrite postérieure (Schultze). Dans la rétroversion, les ligaments ronds et utéro-sacrés sont allongés et ramollis, les ligaments larges subissent une certaine torsion; dans la rétroflexion, les ligaments larges et ronds sont relâchés; dans le prolapsus utérin, il y a relâchement des ligaments utéro-sacrés, dont le rôle, pour Schultze, serait de première importance. Mais nous savons que c'est surtout la déchirure périnéale et l'insuffisance physiologique du plancher pelvien qui sont la cause primordiale du prolapsus. Cependant l'état des ligaments n'est pas à négliger : en général, les ligaments larges sont allongés, distendus, amincis, entraînant avec eux dans le Douglas les ovaires et les trompes

(Duplay et Chaput); les ligaments ronds sont allongés et amincis; les ligaments utéro-sacrés en forme de bandelettes aplaties sont relâchés.

Toutes ces altérations ligamentaires s'accompagnent d'œdème, de douleur, de contractures, rigidités, rétractions, de cellulite en un mot. L'on procédera à l'effleurage, à l'étirement des ligaments, cela sans force, pour arriver à atténuer la sensibilité. C'est un traitement de patience.

Les brides et les adhérences, suites d'exsudats péritonitiques « peuvent se produire en surface, ou en un point localisé, entre deux organes ou avec les parois pelviennes; elles peuvent être de date récente, peu organisées ou de date ancienne ». Dans les versions et flexions antérieures, l'on rencontrera des adhérences postérieures; dans l'antéflexion, en particulier, ces adhérences seraient, pour Pozzi, des lésions inflammatoires d'origine salpingienne. Dans les rétroversions et rétroflexions, la déviation en arrière se complique souvent de lésions inflammatoires, siégeant dans les tissus et les organes voisins, qui donnent lieu à la formation d'adhérences. Nous pouvons diviser ces adhérences en deux sortes : elles peuvent être périmétritiques, étant le résultat d'une péritonite localisée; elles peuvent être paramétritiques, c'est-à-dire qu'elles succèdent à des lésions inflammatoires, lesquelles, leur phase aiguë étant passée, aboutissent à des rétractions conjonctives, dont le siège peut se trouver dans les tissus sous-péritonéaux, péri-utérins, et dans les ligaments de Douglas. C'est, en somme, la paramérite postérieure de Schultze. Quant aux adhérences péri-

tonéales, résultat de pelvi-péritonites, elles affectent diverses formes et varient suivant leur ancienneté : « Celluleuses, filamenteuses, molles et facilement déchirables au début, elles forment, en vieillissant, des tractus fibreux, parfois extensibles, mais qui finissent par aboutir à des brides fibreuses, solides, plus ou moins épaisses. D'autres fois, quand elles sont très courtes et très solides, elles établissent une véritable fusion en nappe entre le fond et la paroi utérine et les organes voisins, intestins, épiploon, péritoine pariétal. Il est très rare que ces adhérences unissent l'utérus aux organes voisins, uniquement par propagation de l'inflammation utérine au péritoine par les voies lymphatiques, par exemple... Presque toujours ces adhérences et ces lésions péritonéales primitives ou secondaires sont la conséquence d'ovaro-salpingites. Leur fréquence est telle que la plupart des auteurs actuels, Richelot, Pozzi, Bouilly, Delbet, etc., les regardent comme presque constantes dans les rétrodéviations adhérentes » (Boursier).

Si nous passons en revue les diverses variétés de salpingites, nous rencontrerons parfois, dans la salpingite catarrhale, de légères adhérences reliant la trompe aux organes voisins. Nombreuses encore les adhérences qui relient, dans la salpingite parenchymateuse, la trompe à l'ovaire et aux parois pelviennes. Nous avons déjà parlé des adhérences existant entre l'intestin ou l'appendice et la trompe malade, adhérences qui, par l'intermédiaire des lymphatiques, permettent le passage des microbes de la cavité intestinale. Notons que quelquefois, dans l'évolution des salpingites, l'examen

ne révèle que de simples brides cicatricielles, soit sous forme d'un simple épaissement du cul-de-sac postérieur, soit sous forme de brides saillantes, partant de l'utérus et s'accrochant à la paroi pelvienne. Ce sont ces brides qui, secondairement, pourront provoquer les déviations utérines. Si nous envisageons les rapports des salpingo-ovarites avec les organes voisins, nous constaterons que, dans un grand nombre de cas, les annexes enflammées ne restent pas en rapport avec le bord supérieur du ligament large, mais tombent en arrière et contractent des adhérences avec le feuillet postérieur de ce même ligament ; elles peuvent aussi glisser dans le Douglas et s'accoler à la partie postérieure de l'utérus ; situation fréquente dans la rétrodévi-
ation adhérente.

Mentionnons, en passant, les adhérences que l'on rencontre dans la forme plastique de la pelvi-péritonite, secondaire à la salpingite à gonocoques. C'est la forme adhésive, sèche, qui aboutit à la formation de minces adhérences très résistantes, localisées très fréquemment dans le Douglas, cause habituelle des adhérences annexielles, constituant la péri-ovarite et la métropéri salpingite proprement dites (Pichevin).

Bourcart donne la conduite à suivre dans le massage des adhérences et des brides. Il faut toujours masser d'abord les extrémités, les « insertions » de l'adhérence, pour arriver peu à peu à son centre. Le massage se fera par élongation, décollement ; il peut arriver, en se combinant à des étirements prudents, à allonger des brides fibreuses en apparence très solides, à les amincir. Un mot, pour finir, que nous empruntons à Stapfer :

on ne peut pas rompre et on ne doit pas chercher à rompre les vieilles adhérences ; quant aux récentes, on les dissout, d'où l'utilité du traitement précoce, dès qu'il est possible.

CHAPITRE IV

LES CONTRE-INDICATIONS DU MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE

Elles découlent naturellement des indications. Nous venons de voir que, pour pouvoir instituer le traitement massothérapique des maladies des femmes, les conditions nécessaires étaient les suivantes : absence de phénomènes généraux, apyrexie, une indolence relative, l'absence de réactions aiguës et d'irradiations pelviennes trop douloureuses. Il vaut mieux attendre que tous ces différents symptômes se soient amendés, pas trop longtemps, toutefois, pour ne pas permettre l'immobilisation des organes ou leur fixation par des adhérences. Nous croyons que, en agissant avec prudence et douceur, après un diagnostic aussi minutieux et précis que possible, on ne nuira pas aux malades, au contraire.

Quelles seront donc les contre-indications ? Nous serons très bref à ce sujet : leur exposé seul sera assez explicite. Nous ferons cependant une exception pour la tuberculose de la trompe, dont les symptômes et le diagnostic méritent qu'on s'y arrête un instant. Nous

dirons un mot également de ce que nous appellerons les contre-indications relatives. Les contre-indications absolues sont les suivantes :

1° *Toutes les inflammations aiguës* (gonocoque, streptocoque, tuberculose) ;

2° *La grossesse extra-utérine* ;

3° *La péritonite aiguë ou chronique généralisée* ;

4° *Le pus collecté en cavité close, les tumeurs malignes, les tumeurs liquides, non évacuables.*

1° INFLAMMATIONS AIGUES DUES AU GONOCOQUE, AU STREPTOCOQUE ET AU BACILLE DE KOCH. — Dans toutes ces lésions avec réaction péritonéale intense, le repos au lit, l'immobilité et la glace sur le ventre sont les indications classiques. La suppuration guette ces malades : or, toute collection qui se prépare et s'établit doit être évacuée. Prenons la métrite consécutive à une infection puerpérale comme exemple, avec son écoulement muco-purulent, souvent fétide ; l'utérus expulsant parfois des lambeaux sphacelés de la muqueuse. Les douleurs sont si aiguës que, souvent, toute exploration est impossible ; le vagin est œdématié, d'une extrême sensibilité. Cette métrite se complique ordinairement de lésion, de voisinage : lymphangites, phlébites, pelvi-péritonites... Que viendrait faire le massage au milieu de tous ces accidents aigus ? De même pour la salpingite aiguë, celle qui éclate soudainement et s'accuse d'emblée par des réactions péritonitiques violentes avec nausées et vomissements. Inutile, croyons-nous, de chercher d'autres exemples. Il en sera de même pour la salpingite tuberculeuse. Ici, la symptomatologie est embarrassante et le diagnostic difficile,

la tuberculose salpingienne se présentant sous deux formes, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de participation du péritoine à l'envahissement tuberculeux. Dans la thèse de M. Martin, *la Salpingite tuberculeuse* (1904), nous lisons que l'évolution tuberculeuse peut se traduire dans la trompe par des signes variables, suivant les cas. Parfois, la lésion tuberculeuse passe inaperçue : on diagnostique méningite, tuberculose pulmonaire, pneumonie, etc... Dans les observations de cette thèse, le début est noté comme ayant été à peu près constamment le même : par des phénomènes de péritonite tuberculeuse. Le début peut se manifester par des modifications des règles : anémorrhée, métrorrhagies, plus ou moins tardives ; pertes blanches. La température est en rapport avec le type anatomique des lésions. Les douleurs peuvent survenir au début de l'infection ; elles ont leur siège dans les reins ou le bas-ventre, sont accrues à l'occasion des règles, rendent le coït impossible, et sont peu calmées par le repos au lit ; elles ne cèdent ni au massage ni à la columnisation. A l'examen, ces lésions étant essentiellement polymorphes, peuvent être difficiles à dépister. Certains auteurs ont signalé comme pathognomoniques les formes en chapelet, en torpille ; de même la présence de nodosités intra-pariétales dans les trompes vers leur insertion utérine. Mais ces lésions se rencontrent aussi dans les salpingites bléennorrhagiques. Un autre signe plus important serait l'infiltration des ligaments larges. Enfin, il existe des formes franchement suppurées, l'une, à évolution aiguë, fébrile ; l'autre, à allure refroidie, c'est l'abcès froid de la trompe, le pyosalpinx

tuberculeux. Conclusion : il ne saurait être question de massage dans cette affection.

2° Dans la PÉRITONITE AIGUE OU CHRONIQUE GÉNÉRALISÉE, la question ne se pose même pas.

3° Il en est de même dans la GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE : *tubaire, ovarique et abdominale*. Contre-indication formelle encore dans les *hématocèles*. Dans tous ces cas, il y a une urgence opératoire.

4° Est-il besoin de dire que toutes les TUMEURS MALIGNES rentrent dans le cadre des contre-indications, que l'on ait affaire aux cancers du col ou du corps de l'utérus, à l'épithélioma du col ou du corps utérins, aux sarcomes, au déciduome malin, aux tumeurs végétantes de l'ovaire ?

5° Le massage est encore inutile et dangereux dans les COLLECTIONS PURULENTES de quelque nature qu'elles soient. Arrêtons-nous un moment sur la question si controversée des inflammations pelviennes, sur les phlegmons pelviens, phlegmons du ligament large, cellulite pelvienne. Stapfer admet le massage dans certains cas où de petits foyers purulents sont disséminés dans des tuméfactions solides, « dites phlegmons et exsudats ». Il n'est pas toujours très facile de s'entendre sur la signification exacte des mots. Nous supposons bien que la cellulite de Stapfer, ou ce qu'il appelle phlegmon et exsudat, n'a rien de commun avec la cellulite pelvienne diffuse, appelée encore phlegmon diffus, formes graves relevant d'infections puerpérales très aiguës. Sans doute est-il question de ce que, dans la nomenclature classique, on désigne sous le nom de phlegmon pelvien circonscrit, consistant en une

sorte d'œdème inflammatoire, avec, dans les mailles du tissu conjonctif un épanchement de liquide séreux clair ou jaunâtre, et s'accompagnant d'un peu de lymphangite sous l'apparence de noyaux indurés. L'on peut encore trouver, au voisinage de la lésion, une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire avec de la pelvi-péritonite adhésive. Toutes ces altérations peuvent se résoudre ou laisser parfois après elles des épaississements et des indurations du tissu conjonctif.

Mais, si dans ces cas, nous admettons le massage qui peut ici prévenir la suppuration, il ne faut pas oublier que c'est là qu'aboutissent aussi ces lésions, formant alors les abcès pelviens qui, suivant leur localisation, s'appelleront : phlegmons de la gaine hypogastrique (Delbet), et les phlegmons du ligament large proprement dits. Dans tous ces cas de suppuration, il faut opérer. Dans la pelvi-péritonite, la terminaison peut se faire par la résolution, fait assez rare, qui laisse souvent après elle des adhérences et des brides fibreuses permanentes ; par le passage à l'état chronique ; alors les épanchements séreux ou purulents peuvent s'enkyster avec multiplication de fausses membranes formant une gangue épaisse qui englobe les organes du petit bassin. Le massage, bien dirigé, sera ici un moyen thérapeutique des plus puissants. Mais, si la pelvi-péritonite arrive à la suppuration, les indications opératoires priment tout.

6° Nous doutons fort que le massage puisse être de quelque utilité dans les TUMEURS BÉNIGNES LIQUIDES NON ÉVACUABLES, un volumineux kyste de l'ovaire, pour choisir un exemple. La seule thérapeutique est l'ablation.

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

Nous avons hésité en écrivant cet addendum, car il est question du rôle du massage et de ses effets dans certaines tumeurs solides ou liquides. Nous devons cependant nous en occuper pour être complet et, d'ailleurs, l'on verra que le massage peut rendre ici encore quelques bons services; et c'est particulièrement pour les affections qui vont suivre que l'on peut dire que le massage préparera l'intervention, en ce sens qu'il rendra celle-ci plus favorable, et la malade plus apte à la subir.

La salle de massage ne sera que l'antichambre de la salle d'opération.

A. Tumeurs solides non résolubles. — Nous avons en vue les fibromes de l'utérus, mais seulement ceux dont le volume ne rend pas le massage impraticable. Le massage aura pour but essentiel de relever l'état général des malades, et d'améliorer parfois l'état local, ce à quoi il réussit souvent. L'on connaît les effets du massage; l'un de ces premiers effets est la régularisation possible des fonctions neuro-musculaires.

« Par son action sur le système vaso-moteur, le massage régularise toutes les fonctions de nutrition, respiration, circulation, digestion, sécrétions diverses » (Dagron). « Chez les fibromateuses, l'appareil génital tout entier, et aussi certains viscères, tels que le cœur, le rein et le foie présentent des lésions d'ordre divers et dont l'importance clinique peut devenir considé-

nable. L'utérus est le siège des modifications les plus notables et, parmi ces modifications, certaines sont manifestement liées à la présence et aux modalités diverses du fibrome, alors que d'autres semblent en être indépendantes. Ces dernières se rencontrent dans toute leur pureté dans les utérus ne contenant que peu de fibromes de faible volume et semblent appartenir en propre, non point à l'utérus fibromateux, mais à ce que nous nommerons avec Claisse, l'utérus fibrinogène » (Boursier).

Les fibromes interstitiels, pour Siredey, en dehors de l'hyperémie menstruelle, peuvent être le siège de poussées congestives, sous l'influence de réactions péritonitiques provoquées par des traumatismes, des efforts, des fatigues excessives. Les tumeurs qui occupent le segment inférieur de l'utérus donnent lieu, lors de chaque poussée congestive, physiologique ou accidentelle, à des névralgies du plexus sacré, à des phénomènes de ténésme. Quel que soit le siège des tumeurs, ajoute cet auteur, il n'est pas rare de constater des phénomènes d'éréthisme cardio-vasculaire relevant de l'hypertension imputable à la gêne mécanique de la circulation intra-abdominale, ou à des troubles nerveux d'ordre réflexe. Tous ces désordres peuvent parfaitement bénéficier des effets du massage. Pourquoi à tout hasard ne pas tenter le traitement ? Au point de vue local, le symptôme le plus commun est l'hémorragie : c'est parfois le premier et le seul symptôme. Le sang provient du muscle utérin lui-même, congestionné à l'excès, et de la muqueuse. Nous avons vu, dans un chapitre précédent, que cette congestion et

ces hémorragies pouvaient être rattachées à la sur-activité fonctionnelle de l'ovaire. C'est — comme nous l'avons déjà dit — ce qui expliquerait la disparition de ce symptôme après la ménopause. Est-il ridicule de penser qu'un massage des ovaires pourrait atténuer, sinon supprimer cette congestion, en régularisant la fonction ovarienne elle-même? Nous posons la question. Les fibromes s'accompagnent souvent aussi de douleurs de toute nature, douleurs causées par des tiraillements, par des contractions utérines; douleurs névralgiques, enfin douleurs dues aux annexites secondaires et concomitantes. Pourquoi ne pas faire appel au massage pour calmer ce symptôme? Il existe enfin toute la série des troubles de compression: vaisseaux, nerfs, viscères sont intéressés; le fibrome peut être enclavé dans le Douglas. Ici encore le massage peut intervenir utilement.

Nous avons parlé de l'influence manifeste des poussées congestives sur ces tumeurs: l'observation clinique qu'elles paraissent augmentées de volume à l'époque menstruelle et aux molimens. D'autre part — bien que l'accord ne soit pas parfait à ce sujet —, l'on admet que, à la ménopause, les corps fibreux tendent à la régression, comme l'appareil génital lui-même. Nous n'avons en vue ici que la dégénérescence fibromateuse de l'utérus, les fibromes que l'on observe habituellement. Rappelant ce que nous avons dit au sujet des hémorragies génitales d'origine ovarienne, nous conclurons que, à la ménopause, lorsque l'ovaire sera atrophié, le fibrome aura terminé le cycle de ses manifestations. De tout cela, nous en déduirons une règle

pratique : c'est qu'étant donné une femme présentant des hémorragies dues à un fibrome, et voisine de la ménopause, à moins que la tumeur par son volume ou toute autre cause ne mette sa vie en danger, l'on peut espérer par le massage faire cesser ses pertes ou tout au moins conduire la malade jusqu'à l'âge critique, époque où sa tumeur peut complètement régresser. De toute façon le traitement améliorera certainement l'état général, remontera les forces, réveillera l'appétit, luttera contre l'anémie ; si toutefois l'échéance opératoire était inévitable, ces malades y seront bien préparées.

B. Tumeurs liquides évacuables. — Ce sont les kystes et le varicocèle salpingiens. Nous avons déjà parlé dans ce travail d'une malade traitée par notre ami le D^r Quincieu, dont l'hydro-salpinx se remplissait et se vidait à intervalles plus ou moins réguliers. Nous laissons encore la parole à Stapfer : « Vous entreprendrez la cure de ces kystes, petits ou de moyen volume, toutes les fois qu'ils se videront par les voies naturelles, évacuation dont l'interrogatoire et le traitement vous donneront la preuve... Ne cherchez pas à écraser le kyste. Massez la trompe près de l'utérus. Attaquez ensuite les kystes. Ils se rempliront et se videront plusieurs fois avant que la sécrétion soit définitivement tarie. » Nous ne suivrons pas l'auteur dans le traitement des kystes hématiques ou purulents ; nous estimons qu'il faut s'abstenir, car ces kystes peuvent donner lieu à des poussées aiguës avec pelvi-péritonite.

Le *varicocèle pelvien* accompagne souvent les lésions annexielles ; on sait qu'il est caractérisé par la dilatation

passive et permanente des veines qui siègent dans le ligament large et plus spécialement dans l'aileron tubaire. Le diagnostic en est bien difficile, car les lésions n'offrent rien de caractéristique ; une des malades de Stapfer se plaignait de démangeaisons intérieures : la démangeaison, on le sait, est un symptôme des varices. Si le massage fait du bien dans cette lésion, c'est assurément à l'insu du médecin.

Peut-être qu'un massage utérin, pratiqué pour une raison quelconque, fait se vider certains petits *kystes muqueux de l'utérus* d'origine glandulaire, lésions rares et qu'on ne peut diagnostiquer.

CONCLUSIONS

I. — Le massage est une méthode de traitement susceptible de rendre les plus grands services en gynécologie. Son action ne se borne pas à des effets mécaniques et passagers ; elle est surtout d'ordre réflexe. Ce réflexe cardio-vasculaire, réveillé par le massage, et à point de départ dans les plexus abdomino-pelviens, a été appelé : *réflexe dynamogénique*.

II. — Un diagnostic minutieux et aussi précis que possible est absolument nécessaire. Le palper-massage est déjà par lui-même un bon moyen de diagnostic, en ce sens qu'il supprime les contractures de la paroi, dissout les œdèmes et les adhérences, et libère ainsi des organes dont on appréciera mieux l'état pathologique.

III. — Le massage n'est point un ensemble de « formules gesticulatoires » ou de manœuvres compliquées. La seule difficulté réside dans la juste appréciation de sa durée, de son intensité, de ses indications, de son dosage. Un massage bien fait laisse après lui une impression de bien-être ; mal fait, il laisse une sensation de lassitude, d'abattement.

IV. — Le massage gynécologique est indiqué :

- a) Dans les déviations et fixations utéro-annexielles ;
- b) Dans la cellulite abdomino-pelvienne qui n'est autre que l'altération chronique, rarement aiguë, du tissu conjonctif ;
- c) Dans les troubles de la circulation utéro-annexielle ;
- d) Dans certaines métrites et salpingo-ovarites ;
- e) Dans le traitement des brides, adhérences, contractures ou relâchements des ligaments.

V. — Le massage gynécologique est contre-indiqué :

Absolument dans :

- a) Toutes les inflammations aiguës (gonocoque, streptocoque, tuberculose) ;
- b) La grossesse ectopique et l'hématocèle ;
- c) La péritonite aiguë ;
- d) Le pus collecté ;
- e) Les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes liquides non évacuables.

Relativement dans :

Certains fibromes et hydro-salpinx ;

Le varicocèle pelvien.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. POLLOSSON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 mars 1915.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANCEL et VILLEMIN, Causes de la menstruation (*Société de Biologie*, 1907).
- ARRIVAT, les Hémorragies génitales d'origine ovarienne (*Gazette des Hôpitaux*, 1914).
- BACHELIER, *Essai sur les métrorragies virginales essentielles* (th. de Paris, 1895).
- BARRAUD, *Métrorragies dans l'ovarite scléro-kystique* (th. de Bordeaux, 1902).
- BATIGNE, *Eléments de Gynécologie*.
- BERNE, *le Massage théorique et pratique*.
- BLOCH, Traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique (*Indépendance médicale*, 1898).
- Traitement kinésique des hémorragies utérines annexielles (*Progrès médical*, 1902).
 - Peut-on, doit-on masser les annexites ? (*Progrès médical*).
 - Considérations sur l'emploi de la kinésithérapie en gynécologie (*Gazette médicale de Paris*, 1909).
- BOUILLY, les Poussées congestives intermenstruelles (*Revue de Gynécologie*, 1897).
- Les métrorragies d'origine ovarienne (*la Gynécologie*, 1899).
 - L'ovarite scléro-kystique (*la Gynécologie*, 1900).
- BOURCART, Affections utérines traitées par les vibrations mécaniques rapides (*Annales de Gynécologie*, 1895).
- *Traité de Gymnastique suédoise* de Wide, Alcan.
 - Kinésithérapie gynécologique (*Bibliothèque Gilbert et Carnot*, 1909).

- BOURSIER, *Précis de Gynécologie*.
- BOVIS (R. DE), Rétrodéviation de jeunes filles et de jeunes femmes (*Semaine médicale*, 1908).
- BROUSSE, *Manuel technique de Massage*.
- CASTAN, *Métrorragies des jeunes filles* (th. de Paris, 1898).
- CAUTRU, Kinésithérapie abdominale (*Bibliothèque Gilbert et Carnot*).
- CHÉRON, *Revue médicale et chirurgicale des Maladies des femmes*, 1891.
- CHÉRON et BATUAUD, Massage gynécologique (*Revue médicale et chirurgicale des Maladies des femmes*, 1896 et 1897).
- CLAISSE, *l'Ovaire des fibromateuses* (th. de Paris, 1900).
- COLLIAT (Mlle), *Métrite virginale et neuro-arthritisme* (th. de Montpellier, 1912).
- COLMAIRE, *la Cellulite sous-cutanée ou panniculite* (th., 1899).
- DALCHÉ, *de l'Ovarite* (th. de Paris, 1886).
- Dysménorrhée des jeunes femmes (*Gazette des Hôpitaux*, 1904).
 - Hyperovarie (*Gazette des Hôpitaux*, 1906).
 - Métorragies vaginales consécutives à la rétroversion de l'utérus (*la Clinique*, 1908).
 - *La puberté chez la femme*.
- DENTZ, *Manuel de Massage*.
- DOLÉRIS, *Métrites et fausses métrites*.
- FAURE et SIREDEY, *Traité de Gynécologie médicale et chirurgicale*.
- FINOT, *Menstruation et fécondation* (th. de Paris, 1911).
- FRAIKIN, *Ovarite sclérokyistique* (th. de Bordeaux, 1899).
- Déséquilibre du ventre et névropathies consécutives (*Actualités médicales*, 1914).
- FRANKL, *les Méthodes physiques de traitement en gynécologie*.
- FRUMERIE, *le Massage gynécologique*, Paris, 1897.
- GEOFFROY SAINT-HILAIRE, *les Œdèmes abdominaux pelviens en gynécologie* (th. de Paris, 1898).
- GUELLER, *Métrorragies chez les jeunes filles* (th. de Paris, 1901).
- GUILLAUME, *les Fibromes utérins à la ménopause* (th. de Lyon, 1912).

JOURDAIN, *Contribution à l'étude et au traitement des congestions frustes intermenstruelles* (th. de Lyon, 1903).

LABADIE LAGRAVE et LEGUEU, *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*.

LA FOURCADE, *des Rétrodéviation utérines*, 1906.

LAMY, *Métrorragies chez les jeunes filles à l'époque de la puberté* (th. de Nancy, 1897).

LUTIKOFF, *la Cellulite abdomino-pelvienne et son traitement par la kinésie* (th. de Paris, 1911).

MACRET, *Tonicité utéro-pelvienne et rétrodéviation* (*la Gynécologie*, 1909).

— *Rétrodéviation aiguës* (*la Gynécologie*, 1910).

Manuel pratique de Kinésithérapie, publié en 7 fasc. (Alcan).

MARSAN, *la Dysménorrhée* (*Gazette des Hôpitaux*).

MARTIN, *la Salpingite tuberculeuse* (th. de Lyon, 1904).

MONTEUIS, *les Déséquilibres du ventre*, 1897.

— *Les Abdominales méconnues*, 1903.

NICOLAU, *Métrorragies de la ménopause* (th. de Montpellier, 1912).

NITOT et KELLER, *le Massage en gynécologie*. Traduit de l'ouvrage de Prochownick, Paris, Doin, 1892.

NORSTRÖM, *Massage de l'utérus*.

— *Traité théorique et pratique du massage*, 1891.

— *Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes*, 1892.

PARISSE (Mlle), *Rétrodéviation utérines chez les vierges et les nullipares* (th. de Paris, 1913).

PELTIER GROUSSAKOFF, *Méthode de Brandt* (th. de Paris, 1895).

PICHEVIN, *de la Métrite chronique accompagnée de prolapsus et de rétrodéviation de l'utérus* (*Semaine gynécologique*, 1910).

PLATON, *Massage gynécologique* (*Revue de Cinésie*, 1899).

— *Massage et involution utérine* (*Gazette des Hôpitaux*, 1899).

POLLOSSON (A.), *le Cancer du col utérin* (*Province médicale*, juillet 1906).

POZZI (S.), *Traité de Gynécologie*.

- REYNAUD (J.), *les Pseudo-Gastrites dans les rétroversions adhérentes et les cellulites pelviennes* (th. de Lyon, 1910).
- ROBIN et DALCHÉ, *Gynécologie médicale*, 1912.
- ROMANO, *Effets dynamogènes cardio-vasculaires du massage abdominal* (th. de Paris, 1895).
- RUDAUX, *les Règles de quinzaine* (*Gazette des Hôpitaux*, février 1900).
- SCHWARTZ, *la Gynécologie en 1913* (*Paris médical*, revue annuelle).
- SAQUET (Nantes), *Action trophique locale du massage abdominal léger* (*Bulletin général de Thérapeutique*, 8 novembre 1908).
- *Gymnastique ou massage en thérapeutique* (*Revue de Cinésie*, 1893).
- SIBIRTZOFF, *Traité kinésique de certaines dysménorrhées* (th. de Lyon, 1905).
- SIREDEY, *Métrorragies essentielles des jeunes filles*.
- *La congestion utérine* (*Bulletin médical*, 1902).
- *La métrite parenchymateuse* (*la Gynécologie*, 1902).
- *Maladies des organes génitaux de la femme* (*Traité de Médecine Brouardel et Gilbert*, 1891).
- *Hygiène des maladies des femmes*.
- SIREDEY et COUDERT, *les Lymphangites péri-utérines* (*la Gynécologie*, 1902).
- SOSNOWSKA, *Technique du massage gynécologique* (*Revue de Cinésie*, mars 1903).
- STAPFER, *Cellulite et myo-cellulite localisée douloureuse* (*Annales de Gynécologie*).
- *Le réflexe dynamogène du massage abdomino-pelvien* (th. de Romano).
- *Résultats éloignés du traitement kinésique* (*Annales de Gynécologie*, 1896).
- *Traité de Kinésithérapie gynécologique*, 1897.
- *Indications, contre-indications, dosage du traitement kinésique*, Vigot, 1906.
- *Les Vagues utéro-ovariennes*, 1912.
- *Manuel pratique de Kinésithérapie gynécologique* (Alcan, 1912).
- VINAY, *la Ménopause*.

WETTERWALD, la Méthode de Brandt en Allemagne et en France
(*Revue de Cinésie*, 1907).

- Le massage dans les névralgies (*Journal des Praticiens*).
 - *Les névralgies* (Vigot, 1910).
 - Traitement manuel dans les névralgies, névrites et autres formes de la cellulite (*Médecine moderne*, mars 1910).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — De l'utilité d'un bon diagnostic . .	9
CHAPITRE II. — Technique du massage	19
A. Manuel opératoire	19
B. Précautions à prendre avant d'instituer le traitement	25
CHAPITRE III. — Des indications du massage	29
1° Les déviations utérines	30
2° Les troubles de la circulation utéro-annexielle . .	42
3° La cellulite abdomino-pelvienne	53
4° La métrite et la salpingo-ovarite	59
5° Brides, adhérences et altérations ligamentaires .	66
CHAPITRE IV. — Les contre-indications du massage gynécologique	73
Contre-indications relatives	78
CONCLUSIONS	83
BIBLIOGRAPHIE.	85

